ROK VII. STYCZEŃ — LUTY 1931 r. ZESZYT 1.

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO I WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO

ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO I WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.



WILNO,
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

TREŚĆ.

SOMMAIRE.

ADRES REDAKCJI PAMIĘTNIKA WIL. TOW. LEK.:
Wilno—Zamkowa 24—Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Rękopisy należy nadsyłać pod adresem redakcji listem poleconym.

Cena prenumer. wraz z przesyłką:
Rocznie — 15 zł. Półrocznie — 8 zł. Zeszyt pojedyńczy 2 zł. 50 gr.

CENA OGŁOSZEŃ:

Okładka		Karta biała lub kolorowa			
		przed tekstem		w tekście	
3 strona . .	40 zł.	Jedna strona . .	50 zł.	Jedna strona	40 zł.
4 „ . .	50 „	Obie strony . .	80 „	Obie strony	70 „

Przed tekstem lub w tekście Redakcja może umieszczać ogłoszenia drukowane tylko na oddzielnych kartach.

Wszelkie wkładki według umowy.
Redakcja zastrzega sobie prawo nieprzyjęcia ogłoszenia.

Ogłoszenia i prenumeratę należy przysyłać pod adresem:
Wilno, ul. Św. Ignacego Nr. 5. Tow. Wyd. „Pogoń", Drukarnia „Pax".

ROK VII. STYCZEŃ — LUTY 1931 r. ZESZYT 1.

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

I

WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO

ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO

I

WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.



W I L N O,

NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.

Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", UL. ŚW. IGNACEGO 5.

Z Miejskiego Szpitala Zakaźnego w Wilnie. (Naczelny lekarz Dr. *Walery Giedgowd)* i z Kliniki Dziecięcej U. S. B. (Dyrektor: Prof. Dr. *Wacław Jasiński*).

O przebiegu odry u dzieci płoniczych i o innych zakażeniach mieszanych.

Podała: H. KAULBERSZ-MARYNOWSKA, st. asyst. Kliniki.

Zakażenia odrą dzieci, znajdujących się w szpitalach zakaźnych na oddziale płoniczym, zdarzają się nieraz, mimo dokładnej izolacji chorych. Źródłem zakażenia bywa zwykle dziecko, przyjęte z powodu płonicy, a będące równocześnie w okresie wylęgania odry lub też dziecko, u którego występują równocześnie dwie wysypki: płonicza i odrowa, na co w chwili przyjęcia nie zwrócono uwagi.

Zdarzają się również, choć znacznie rzadziej, przypadki płonicy na oddziale odrowym wskutek przyjęcia dziecka z odrą, u którego w kilka dni po przyjęciu zjawia się płonica.

Jednoczesne wystąpienie dwu chorób zakaźnych lub też dołączenie się do już istniejącej choroby zakaźnej, przed upływem okresu jej zdrowienia, innej choroby zakaźnej, nazywamy zakażeniem mieszanem.

Szereg autorów opisuje przypadki zakażeń mieszanych i stara się rozstrzygnąć pytanie, jaki wpływ wywierają na siebie wzajemnie dwa zakażenia i czy przebycie jednego zakażenia usposabia do powstania drugiego. Większość zgadza się z tem, że wzajemne oddziaływanie dwóch zakażeń na siebie jest większe, jeżeli zakażenie mieszane jest współczesne — t. j. kiedy obiedwie wysypki występują jednocześnie lub też są oddzielone kilkudniowym tylko odstępem czasu, zaś przy zakażeniu mieszanem następczem, t. j. kiedy zakażenie drugie występuje po upływie okresu gorączkowego, spowodowanego pierwszem zakażeniem (ale jeszcze przed upływem jego okresu zdrowienia), wpływ ten jest mniejszy, i tem mniejszy, im większy jest odstęp między jedną wysypką a drugą.

Spostrzeżenia co do przebiegu odry u dzieci płoniczych i odwrotnie, płonicy u dzieci odrowych, w ogłaszanych przyczynkach są dość rozbieżne i dlatego pozwolimy sobie przytoczyć ważniejsze z nich w chronologicznym porządku.

Malinowski (1882) opisuje przypadek, w którym wysypka płonicza wystąpiła w drugim dniu odry i trwała dwa dni, zaś wysypka odrowa rozwinęła się silniej dopiero po ustąpieniu wysypki płoniczej. Przebieg obydwu chorób był łagodny.

Johanessen w monografji, wydanej w r. 1884, a opartej na 2 epidemjach, podaje, że wszyscy chorzy, którzy przebyli płonicę, dostali odry o przebiegu zwykłym, zaś ci, którzy przebyli odrę, nie dostali płonicy wcale, albo przebyli ją bardzo łagodnie.

Grancher (1885) opisuje 2 przypadki odry, która wystąpiła w 12 i w 8 dniu płonicy u rodzeństwa — obydwa przypadki, powikłane zapaleniem płuc, skończyły się śmiertelnie, podczas gdy trzeci przypadek, w którym płonica wystąpiła w 10 dniu odry, miał przebieg pomyślny, z czego G. wysnuwa wniosek, że płonica, występująca po odrze, ma przebieg lekki, podczas gdy odra po płonicy — ciężki. Tego samego zdania jest *Besse*—który twierdzi poza tem, że wymienione zakażenia współczesne przebiegają korzystniej, o ile najpierw występuje odra.

Flesch (1890) opisuje 2 przypadki odry po płonicy u rodzeństwa. Wysypka płonicza trwała bardzo krótko, F. przypuszcza, że mogła na to wpłynąć następcza odra. Trzecie dziecko tych samych rodziców, przebyło odrę, a płonicy nie dostało wcale, z czego F. wysnuwa wniosek, że świeżo przebyta odra chroni w pewnej mierze od płonicy.

Ciągliński (1891) obserwował zakażenie mieszane odrą i płonicą u trojga rodzeństwa—jedno dziecko w 9-tym dniu odry dostało płonicy, u dwojga zaś w 5 i 6-ym dniu płonicy wystąpiła odra, która miała przebieg b. lekki, zaś płonica po odrze przebiegała ciężko.

Hase (1895) spostrzegał w czasie od 1871 do 1893 roku 37 przypadków płonicy po odrze, wśród których śmiertelność wynosiła 35,1% — przy ogólnej przeciętnej śmiertelności na płonicę 31,3%. Powikłania ze strony płuc w postaci zapalenia wystąpiły w 8% przypadków, podczas gdy wśród 110 przypadków odry po szkarlatynie zapalenie płuc wystąpiło w 26% przypadków i ogólna śmiertelność wynosiła 43,8%. W 10 przypadkach odra i płonica wystąpiły równocześnie — przypadki te przebiegały bardzo ciężko z powikłaniami, 8 z nich zmarło.

Lange (1896) opisuje przypadek odry, która wystąpiła u 5-cioletniej dziewczynki w 6-tym dniu płonicy; następnie dołączyły się powikłania ze strony uszu i otrzewnej które mogły być następstwem zarówno jednej, jak i drugiej choroby. Przypadek jego jest bardzo ciekawy z tego względu, że można w nim prawie co do godziny ustalić chwilę jednoczesnego powstania obu zakażeń: dziecko przybyło dnia 22.VI do przedszkola po tygodniowej przerwie w nauce — w tymże dniu przybyło do przedszkola dwoje dzieci, które niedawno

przechodziły płonicę i jeszcze się nieco łuszczyły, trzecie zaś dziecko, z silnym katarem nosa i spojówek i czerwonemi plamami na twarzy, zostało przez nauczycielkę odesłane do domu. Po 3 dniowym okresie wylęgania dziewczynka zapada na płonicę, a po 11 dniach, t. j. dnia 2.VII, występują zwiastuny odry i 5.VII, t j. 14 dnia—wysypka odrowa. Przypadek ten zakończył się pomyślnie. Lange wyklucza zupełnie wpływ jednego zakażenia na drugie, gdyż ani w okresie wylęgania i zwiastunów, ani w okresie wysypkowym nie stwierdził żadnych odchyleń od normy zarówno w jednej jak i drugiej chorobie; — jego zdaniem należy pamiętać tylko o tem, że jedna choroba tak osłabia ustrój, że następcza choroba staje się niebezpieczną, ale to samo dotyczy wszelkich chorób (zapalenie płuc i t. d.) — a nie jest czemś swoistem dla płonicy i odry.

Rolly (1899) na zasadzie obserwowanego jednego przypadku i innych z piśmiennictwa sądzi, że płonica po odrze daje rokowanie pomyślne, zaś w przypadkach odry po płonicy rokowanie jest gorsze.

Döbbert (1903) opisuje 10 przypadków płonicy, która wystąpiła na oddziale odrowym u dzieci w 6—20 dni po przebytej odrze. Döbbert zwraca uwagę na to, że w połowie jego przypadków wysypka płonicza była niewyraźna—co tłumaczy tem, że skóra po świeżo przebytej odrze nie zawsze może reagować na nowe zakażenie. Wśród 9 przypadków w 8 były ciężkie powikłania ze strony nerek i uszu— 1 przypadek zakończył się śmiertelnie.

W przypadku tym odra od początku powikłana była zapaleniem oskrzeli; w 5 dniu odry wystąpiło ropne zapalenie ucha środkowego, w 6 dniu duszność i nalot w gardle; poza tem stwierdzono porażenie n. facialis. W 7 dniu pobytu stwierdzono na całem ciele wysypkę płoniczą, najwyraźniejszą na wyprostnych stronach kończyn, przy równocześnie istniejącej, już nieco blednącej wysypce odrowej. Po 3 dniach wysypka płonicza znikła, po tygodniu wystąpił silny, wielkości pięści, obrzęk gruczołów szyjnych po prawej stronie, w 6 dni później prawostronne drgawki i śmierć. (Dg. sekc.: Bronchopneumonia. Oedema piae matris. Caries proc. mast. dextri Caries incip. ossis petrosi).

Wszystkie prawie dzieci na 1—2 dni przed wystąpieniem płonicy, miały biegunkę, co Döbbert wspólnie z Jögersenem uważają za objaw zwiastunowy płonicy w przebiegu odry. Naogół Döbbert wyciąga ze swych przypadków wniosek, że płonica po odrze wykazuje skłonność do poważnych powikłań. Tego samego zdania jest *Heubner*: na 10 przypadków odry u dzieci płoniczych w klinice Heubnera był jeden przypadek śmiertelny, zaś na 10 przypadków płonicy po odrze 4 przypadki śmiertelne.

Hukiewicz (1904) na podstawie swych 21 przypadków zakażeń mieszanych wypowiada pogląd, że płonica po odrze daje rokowanie poważniejsze—i że przebyta świeżo odra uspasabia do zakażenia płonicą, gdyż u dwojga sześciomiesięcznych dzieci wkrótce po zblednięciu wysypki odrowej wystąpiła płonica, która rzadko w tym wieku występuje. Według Hukiewicza największa wrażliwość na zakażenia płonicą istnieje pod koniec okresu wylęgania odry i w okresie zwiastunów, mniejsza na początku wylęgania i po ukończonem wysypywaniu się — ale i w tych okresach wrażliwość jest większa, niż u dzieci zdrowych lub obarczonych innemi chorobami.

Risel w klinice Soltmanna spostrzegał 35 przypadków odry po płonicy i doszedł do wniosku, że rokowanie w odrze po płonicy jest niepomyślne, gdyż w 29 przypadkach wystąpiły poważne powikłania, śmiertelność wynosiła 20%.

Kien ze Strasburga podczas epidemji w roku 1903 i 1904 spostrzegał 36 przypadków odry po płonicy, których przebieg był ciężki—śmiertelność wynosiła 22%. Kien wyprowadza pogląd, że płonica usposabia do zakażenia się odrą.

Lereboullet (1908) tłumaczy ciężkie powikłania ze strony płuc w przebiegu odry, występującej wkrótce po płonicy, tem, że paciorkowce hemolityczne usposabiają do powstawania zapaleń ogniskowych. Zdaniem Lereboulleta płonica po odrze przebiega wówczas b. ciężko, gdy trwają jeszcze powikłania poodrowe — pogorszają się one wówczas pod wpływem płonicy.

Brudziński (1908) w Szpitalu Anny Marji w Łodzi obserwował 12 przypadków zakażeń mieszanych odrą i płonicą, z czego 3 przypadki dotyczyły wysypek współczesnych, 3 przypadki przyjęto na oddział płoniczy w okresie wylęgania odry, 6 przypadków zaś zaliczono do wewnątrzszpitalnego zakażenia dzieci płoniczych odrą. Z 3-ch pierwszych przypadków jeden zakończył się śmiertelnie, dwa pomyślnie, mimo, że w jednym z nich przebieg był bardzo ciężki. Z 3-ch przypadków, które przybyły do szpitala w okresie wylęgania odry, w jednym odra wystąpiła w 16-ym dniu płonicy, a 12-ym dniu pobytu w szpitalu — przebieg płonicy i odry był zupełnie prawidłowy, dość lekki; w drugim przypadku, w 6-ym dniu pobytu w szpitalu, a 7-ym płonicy wystąpiła obficie wysypka odrowa, która na 2-gi dzień zbladła, plamki Koplika wystąpiły w tym przypadku równocześnie z wysypką; przebieg choroby bez powikłań; w trzecim przypadku odra wystąpiła w 3-cim tygodniu szkarlatyny, a w 6-ym dniu pobytu w szpitalu u dziecka przyjętego z powodu popło-

niczego zapalenia nerek — wysypka odrowa trwała tu krótko i odra nie wywarła szkodliwego wpływu na zapalenie nerek. Przypadki zakażeń wewnątrzszpitalnych odrą dotyczyły dzieci w późniejszych okresach płonicy; wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie, mimo, że w jednym przypadku było zakażenie potrójne (płonica, odra i błonica). Brudziński podaje, że w czasie panowania odry na oddziale płoniczym przebywało 38 dzieci, a zakażeniu uległo tylko 6. Z pozostałych 32-ch 5-ro napewno odry nie przechodziło, a mimo to nie uległo zakażeniu—możnaby zatem przypuścić, że świeżo przebyta płonica nie usposabia do zakażenia odrą—jednak Brudziński nie popiera tego przypuszczenia, tłumacząc raczej brak zakażenia odrą u tych dzieci wczesnem odosobnieniem podejrzanych przypadków. Co do wpływu, jaki wywiera odra następcza na płonicę, to z 3-ch przypadków jednoczesnego wystąpienia obydwu wysypek jeden zakończył się śmiertelnie, zaś w 6-ciu innych przypadkach nie było żadnego śmiertelnego — ogólna zatem śmiertelność zakażeń mieszanych wynosiła 8,3 %, podczas gdy w tymże czasie odsetka śmiertelności samej płonicy wynosiła 34,1 %; — ilość powikłań w przypadkach zakażeń mieszanych nie była również większa, wobec czego Brudziński dochodzi do wniosku, że odra po płonicy nie jest tak niebezpieczna, jak twierdzą niektórzy autorzy.

Blocker (1913) w 2-ch przypadkach odry, która wystąpiła w 4-m i 7-m dniu płonicy, stwierdził przebieg bardzo ciężki (jedno dziecko zmarło), co stało w wyraźnem przeciwieństwie do b. dobrotliwego charakteru obu ówczesnych epidemij.

Peschle (1928) na zasadzie 5-ciu przypadków zakażeń mieszanych, twierdzi, że szczególnie ciężko przebiega odra po przebytej szkarlatynie. Wołowik (1928) i Rosenow (1928) są tego samego zdania.

Zestawiając wyżej przytoczone opisy zakażeń mieszanych, mamy po jednej stronie ciężkie przypadki odry po szkarlatynie Granchera, Flescha, Hasego, Rolly'ego, Risela, Kiena, Lereboulleta, Blockera, Peschla, Wołowika, Rosenowa i w związku z tem poglądy tych autorów o ciężkości przebiegu odry u dzieci płoniczych, a lekkim przebiegu płonicy u dzieci odrowych i nawet o zabezpieczającym wpływie odry na płonicę (Flesch), z drugiej zaś strony mamy mniej liczne opisy ciężkich przypadków płonicy po odrze (ogółem 41 — Ciągliński, Döbbert, Heubner, Hukiewicz), na zasadzie czego wyżej wymienieni autorzy dochodzą do wręcz przeciwnego wniosku; twierdzą, że płonica po odrze przebiega gorzej, aniżeli odra po pło-

nicy, a Hukiewicz wypowiada nawet pogląd, że świeżo przebyta odra usposabia do zakażenia płonicą. Lange nie przypisuje żadnego wpływu jednemu zakażeniu na drugie, Brudziński zaś na podstawie swych 12 przypadków doszedł do wniosku, że odra po płonicy nie jest tak niebezpieczna, jak podają niektórzy autorzy.

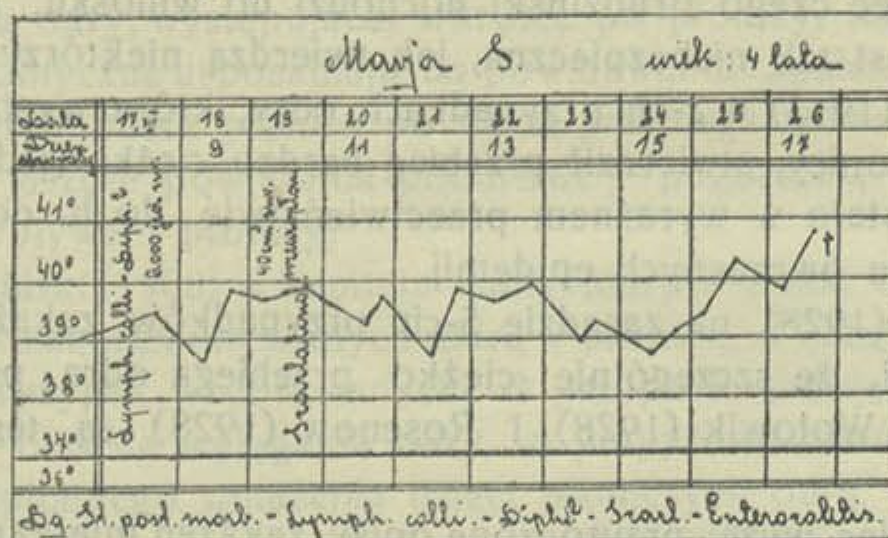
Przejdziemy obecnie do przedstawienia materjału własnego.

Przypadków zakażeń mieszanych odrą i płonicą, spostrzeganych w Miejskim Szpitalu Zakaźnym w Wilnie było 22, z tego 2 przypadki płonicy po odrze, a 20 przypadków odry po płonicy.

Przedstawimy najpierw w skróceniu przebieg 2-ch przypadków płonicy po odrze.

I. U 3-letniego chłopca (S. Z.), przyjętego do szpitala w 3 dniu choroby, 13.XI 1927 r. z wysypką odrową blednącą, ciepłota nie przekraczająca już 37,5°, po 5 dniach pobytu podniosła się do 40° i równocześnie zjawiła się wysypka płonicza; po tygodniu wystąpiły powikłania uszne oraz zapalenie płuc; przebieg choroby był jednak pomyślny i chłopiec po 8-tygodniowym pobycie w szpitalu został wypisany, jako zdrowy.

II. 4-letnia dziewczynka (M. S.) została przyjęta do szpitala 17.XII 1929 r. w stanie bardzo ciężkim po przebytej w domu odrze. Początek odry był prawidłowy; po zniknięciu wysypki odrowej ciepłota nie obniżała się jednak, wystąpiło obrzmienie gruczołów szyjnych i naloty na migdałkach — w tym stanie dziecko



Rys. 1.

zostało przyjęte do szpitala (w ósmym dniu od początku odry). Wstrzyknięto 6000 jedn. surowicy przeciwbłoniczej; badanie nalotu z gardła nie wykazało jednak prątków Löfflera. W trzecim dniu pobytu w szpitalu wystąpiła wysypka niewyraźna, podobna do płoniczej—wobec czego dziecku wstrzyknięto 40 cm³ surowicy przeciwpłoniczej. Stan dziecka pogarszał się wciąż, zjawiła się ponadto biegunka i po 10 dniach pobytu w szpitalu przy temperaturze utrzymującej się powyżej 39° dziecko zmarło. Sekcji nie dokonano.

Przypadki odry po płonicy obserwowaliśmy na oddziale płoniczym Szpitala Zakaźnego podczas 2 epidemij wewnętrznych, jakie

wybuchły w 1929/30 roku: pierwsza trwała od dnia 8.X do 5.XII 1929 r. i obejmowała 8 dzieci, druga od 14.III do 10.V 1930 roku dotyczy 11 dzieci.

W okresie oddzielającym obydwie epidemje zachorowało na odrę jeszcze jedno dziecko (Irena R. w wieku 5 lat) (przyp. 1), które zostało przyjęte na oddział płoniczy 24.I 1930 roku w 12 dniu płonicy. W drugim dniu pobytu dziecko dostało typowej wysypki odrowej, połączonej z silnym nieżytem nosa i spojówek, ciepłotą 40.8^{0}, wobec czego zostało przeniesione na oddział odrowy i tam wraz z matką umieszczone w oddzielnym pokoju. Po 14 dniach od chwili przeniesienia na oddział odrowy u dziecka stwierdzono poraz wtóry odrową wysypkę, poprzedzoną plamkami Koplicka. Mieliśmy zatem w tym przypadku albo nawrót odry w okresie zdrowienia płonicy, albo też wysypka pierwsza, choć łudząco podobna do odrowej, była wysypką posurowiczą, połączoną z silnemi objawami nieżytowemi (dziecko otrzymało surowicę w domu na początku płonicy), zaś zakażeniu odrą uległo dziecko w pierwszym dniu przeniesienia na oddział odrowy (analogiczny przypadek opisuje *Carballeira:* u 21-letniego mężczyzny, w trzecim tygodniu płonicy wystąpiła typowa odra z plamkami Koplika i nawrót tejże w piątym tygodniu choroby). Przypadek nasz, choć powikłany obustronnem zapaleniem ucha środkowego (jeszcze przed wystąpieniem drugiej odrowej wysypki) i zapaleniem oskrzeli, zakończył się pomyślnie.

Pierwszą jesienną epidemję odry omówimy w krótkości, zatrzymując się dłużej nad przypadkami drugiej epidemji, które mieliśmy możność dokładniej obserwować.

Źródło pierwszej epidemji trudno jest ustalić. Odrę stwierdzono najpierw u 2 dzieci, które przebywały już przeszło miesiąc na oddziale płoniczym.

Przypadek 2. Chłopczyk 3-letni (J. Ch.), przyjęty na oddział płoniczy dnia 10.IX 1929 roku w siódmym dniu choroby; przebieg płonicy był ciężki, powikłany obustronnem zapaleniem ucha środkowego, zapaleniem nerek i gruczołów szyjnych oraz długotrwałą biegunką; dnia 22.X, t. j. 42 dnia pobytu w szpitalu, u dziecka stwierdzono wysypkę odrową, 27.X dziecko zmarło przy objawach ciężkiego zapalenia płuc.

Przypadek 3. U 8-letniej dziewczynki (M. S.), przyjętej na oddział płoniczy w trzecim dniu choroby 18.IX 1929 r., po 35 dniach pobytu w szpitalu dnia 23.X wystąpiła wysypka odrowa; powikłań nie stwierdzono i matka w dobrym stanie zabrała dziecko do domu.

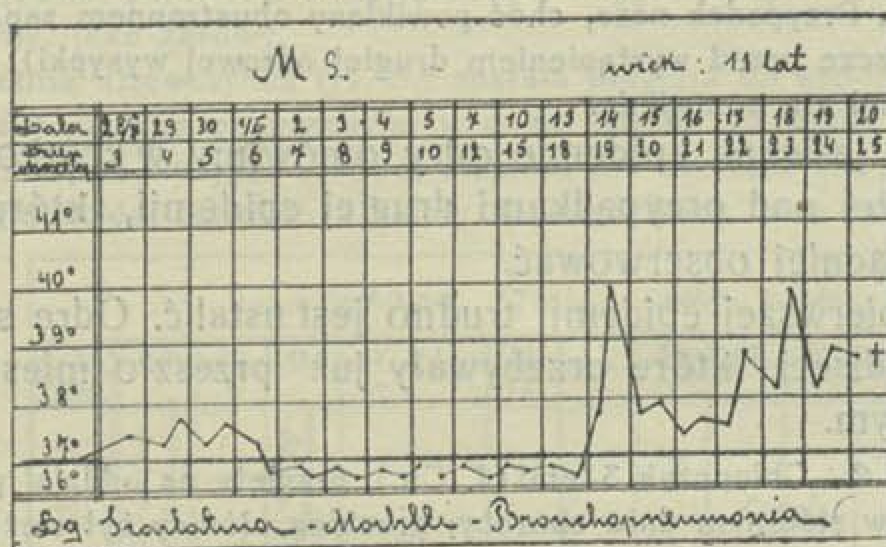
Nie ulega wątpliwości, że obydwa przypadki uległy zakażeniu w szpitalu (42 i 35 dzień pobytu), trudno jednak wykryć źródło zakażenia, gdyż w tym czasie innych przypadków odry w szpitalu nie stwierdzono; dopiero w kilka dni później zachorowało również na odrę kilkoro dzieci na innych oddziałach (tyfusowy, błoniczy).

Dalszy przebieg odry na oddziale płoniczym był następujący: dnia 4.XI stwierdzono wysypkę odrową u 2 dzieci (przyp. 4 i przyp. 5), przyjętych na oddział płoniczy w trzecim dniu płonicy dnia 21.X,

a więc w okresie zwiastunów dwu poprzednich przypadków; wystąpienie wysypki poprzedzone było sześciodniowemi znacznemi wahaniami w przebiegu ciepłoty: wieczorem temperatura dochodziła do 39—40°, rano 37°. Obydwa te przypadki, powikłane zapaleniem ucha środkowego (w słabym stopniu), miały przebieg łagodny i zakończyły się pomyślnie; stały się one źródłem zakażenia dla 4 dalszych przypadków:

Przypadek 6. L. Z., chłopiec 5½ lat, został przyjęty dnia 31.X 1929 r. na oddział płoniczy w 3 tygodnie po przebytej płonicy z objawami dławca, z powodu którego został zaintubowany; stan dziecka wkrótce się poprawił, ciepłota spadła do normy; piętnastego dnia pobytu, t. j. 14.XI, wystąpiła wysypka odrowa, poprzedzona dwudniowem podwyższeniem ciepłoty. Po tygodniu stwierdzono powikłanie ze strony ucha lewego. Przypadek zakończył się pomyślnie.

Przypadek 7. M. S., dziewczynka 11 lat, z niedowładem kończyn górnych i dolnych po przebytem w drugim roku życia zapaleniu mózgu, przyjęta do szpitala 28.X w trzecim dniu płonicy; przebieg płonicy lekki, ciepłota w szpitalu nie



Rys. 2.

przekraczała 37.5°. Dnia 14.XI, t. j. 19 dnia choroby, ciepłota podniosła się do 39.9°, dnia 18.I wystąpiła obfita wysypka odrowa (Koplik 0), 19.XI stan dziecka b. ciężki, w płucach b. liczne rzężenia; dziecko nie może wykrztuszać zalegającej wydzieliny, 20.XI nastąpiło zejście śmiertelne. Dziecko to leżało w oddzielnym pokoju i nie miało bezpośredniej łączności z innemi dziećmi.

Przypadek 8. St. M., dziewczynka 5 lat, przyjęta 4.XI w piątym dniu płonicy z wyraźną wysypką. Dnia 21.XI, t. j. 22 dnia choroby, obok wybitnego łuszczenia płoniczego wystąpiła obfita wysypka odrowa, w 9 dni później zapalenie ucha śr. lewego. Wypisana w stanie dobrym.

Przypadek 9. G. B., chłopczyk 7 lat, przyjęty dnia 3.XI w czwartym dniu płonicy z jaskrawą wysypką. 8.XI, t. j. piątego dnia pobytu, a dziewiątego płonicy wystąpiła ospówka. Przez 8 dni temperatura wieczorami dochodziła do 38°—39.8° 17.XI, t. j. w 18 dniu płonicy, a 10-tym ospówki, pojawiła się przy równoczesnem trwaniu wykwitów ospówkowych, wysypka odrowa, która po 5 dniach znikła, zaś

na miejscu wykwitów ospówkowych zaczęły się tworzyć owrzodzenia. Mimo ogólnego wyniszczenia dziecko w chwili wypisania znajdowało się w stanie względnie dobrym.

W czasie pierwszej epidemii nie było ani jednego przypadku z równoczesnem trwaniem obu wysypek i ani jednego z wspólnym okresem wylęgania. Najwcześniejsze wystąpienie wysypki odrowej przypada na 17 dzień płonicy.

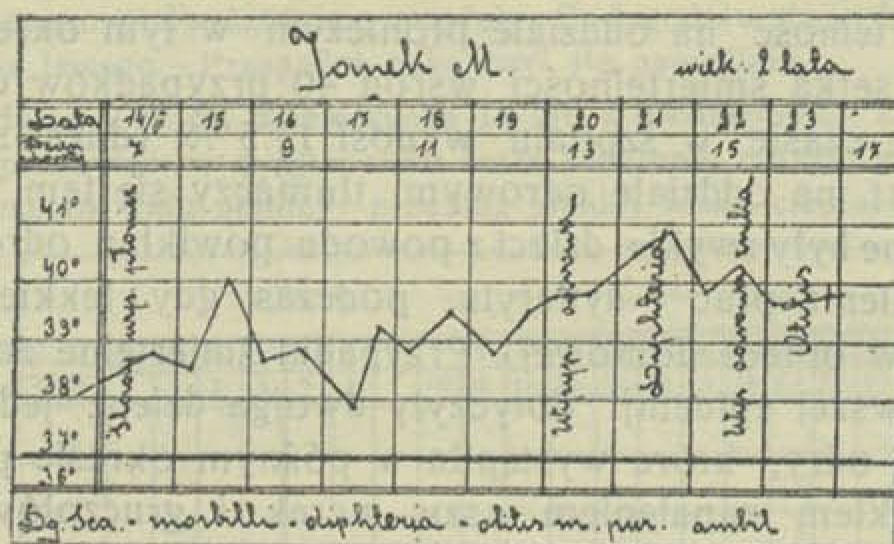
Odsetka śmiertelności przypadków zakażeń mieszanych płonicą i odrą wynosi w pierwszej epidemji 25%, podczas gdy odsetka śmiertelności przypadków płonicy, nie powikłanych odrą (30 przypadków) znajdujących się w szpitalu od 1.X do 31.XII 1929 r. wynosi 10%, ogólna śmiertelność na oddziale płoniczym w tym okresie wynosi 13%, zaś odsetka śmiertelności wśród 40 przypadków odry, będących w tymże czasie w szpitalu wynosi 17.5% (duża stosunkowo odsetka śmiert. na oddziale odrowym tłumaczy się tem, że do szpitala przysyłane były zwykle dzieci z powodu powikłań odrowych, najczęściej zapalenia płuc i dyfterytu, podczas gdy lekkie przypadki pozostawały w opiece domowej). Przypadki śmiertelne zakażeń mieszanych pierwszej epidemji dotyczyły dwojga dzieci: jedno zmarło szóstego dnia odry, która wystąpiła w późnym okresie płonicy, powikłanej ciężkiem zapaleniem uszu, nerek i gruczołów szyjnych, u drugiego zaś wysypka odrowa wystąpiła w 23 dniu lekkiej płonicy; dla dziecka tego odra sama przez się połączona z powikłaniami płucnemi byłaby śmiertelna z powodu niemożności odkrztuszania i niedowładów. Mimo więc pozornie dużej odsetki śmiertelności zakażeń mieszanych, nie możemy na zasadzie naszych przypadków wysnuć wniosku o szczególnie ciężkim przebiegu odry u dzieci płoniczych. Zasługuje na uwagę fakt, że dwa przypadki zakażeń potrójnych (płonica, ospówka, odra i płonica, błonica, odra) zakończyły się pomyślnie.

W drugiej epidemji odry na oddziale płoniczym mieliśmy możność, oprócz zwykłych badań klinicznych, w większości przypadków określać odczyn Biernackiego*) równolegle z leukocytozą i obrazem

*) Odczyn Biernackiego wykonywaliśmy zapomocą mikro-haemosidometru Langego, pobierając o tej samej porze, naczczo lub przed drugiem śniadaniem krew z palca i odczytując wynik opadania po 1 godzinie. Jako normę przyjmujemy 8—9 mm. po 1 godzinie. W zależności od szybkości opadania odróżniamy 5 stopni przyśpieszenia: I, kiedy spadanie nie przekracza 12 mm. po 1 godz., II, kiedy opadanie trzyma się w granicach 12—15 mm. po 1 godz., III: 15—18 mm., IV: 18—21 mm., wreszcie V, wykazujący najszybsze opadanie: 21—25 mm. po 1 godzinie.

krwi według Schillinga. W tej epidemji, obejmującej 11 przypadków i trwającej od dnia 14.III do 1.V 1930 roku źródłem zakażenia było dwoje dzieci, ciotecznych braci, przyjętych na oddział płoniczy w jednym dniu, w okresie wylęgania odry:

Przypadek 10. Janek M., chłopiec 2-letni, przyjęty 14.III. w 7 dniu choroby w stanie ciężkim, z temper. 38.6°, ze śladami wysypki płoniczej. Otrzymał 20 cm³ sur. płoniczej. Dnia 20.III, t. j. 13-go dnia płonicy, wystąpiła wysypka odrowa, dnia 21.III stwierdzono w gardle, przy braku nalotu, obecność pałeczek Löfflera, wobec czego dziecko otrzymało surowicę przeciwbłoniczą. Dnia 23.III wysypka odrowa znika, stan ogólny pogarsza się, dołącza się ropny wyciek z obu uszu i następuje zejście śmiertelne. Leukocytoza w tym przypadku wynosiła dnia 21.III

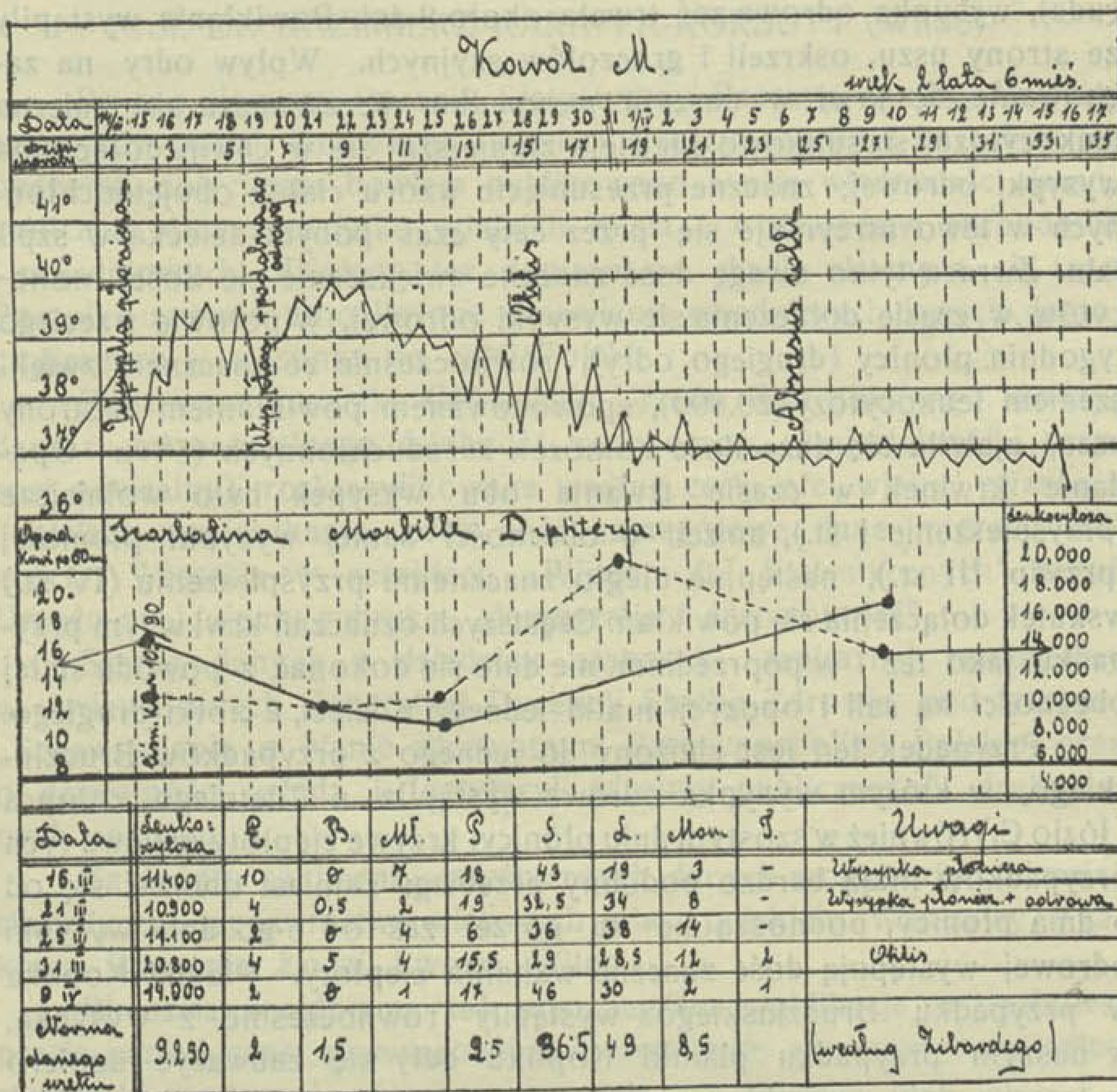


Rys. 3.

5700, 22.III — 6800, a więc wystąpiła tu w okresie wysypki odrowej leukopenja, której wpływ na rokowanie jednak zawiódł, gdyż najczęściej towarzyszy ona przypadkom o przebiegu lekkim (norma leukocytozy w wieku 2 lat według Zibordiego wynosi około 9250). Opadanie krwinek dnia 21.III wynosiło 12 mm. po 1 godzinie, 22.III 15 mm. Dg. Scarlatina + Morbilli + Diphteria + Otitis m. purul. ambil.

Przypadek 11. Karol M., chłopczyk 2½ letni, cioteczny brat poprzedniego, przyjęty w tym samym dniu, t. j. 14.III 1930 r., w pierwszym dniu choroby, w stanie ciężkim, z wysypką drobnoplamistą na udach. Gardło silnie zaczerwienione. Dziecko otrzymało 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej. Dnia 15.III wysypka drobnoplamista na udach wyraźniejsza, stan ogólny ciężki, tętno 120, ciśn. 105/90 (Krzywa ciepłoty, leukocytoza, wzór Schillinga i opadanie krwinek przedstawione są na załączonym rysunku № 4. Dnia 17.III stan b. ciężki. Silny katar. Dnia 19.III Ogólny stan bez zmian. Charakter wysypki zmienia się, staje się ona więcej plamistą, podobną do odrowej. Język o kolorze prawidłowym. Spojówki silnie przekrwione; objawy rozsianego nieżytu oskrzeli. 21.III w gardle mimo braku nalotu stwierdzono pałeczki Löfflera. Wstrzyknięto dziecku 8000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej. Na błonach śluzowych policzków teraz dopiero wystąpiły plamki Koplika. Wysypka odrowa na twarzy i tułowiu nadzwyczaj obfita, na udach utrzymuje się jeszcze, choć b. niewyraźnie, drobnoplamista wysypka

płonicza; równocześnie na skórze dłoni zaczyna się gruboplatowe łuszczenie. 22.III wysypka płonicza znikła. 25.III. Wysypka odrowa utrzymuje się jeszcze. Łuszczenie płatowe na dłoniach i palcach rąk obfite. 27.III wysypka odrowa



Data	Leukocytosa	E.	B.	M.	P.	S.	L.	Mon	T.	Uwagi
16.III	11400	10	8	7	18	43	19	3	-	Wysypka płonicza
21.III	10900	4	0,5	2	19	31,5	34	8	-	Wysypka płonicza + odrowa
25.III	11100	2	8	4	6	36	38	14	-	
31.III	10800	4	5	4	15,5	29	28,5	12	2	Otitis
8.IV	14000	2	8	1	17	46	30	2	1	
Norma danego wieku	9.230	2	1,5		25	36,5	49	8,5		(według Zibordiego)

Rys. 4.

znikła. 28.III Rozsiane rzężenia w płucach. Wyciek z prawego ucha. Badanie wydzieliny gardła na p. Löffera dało wynik ujemny. Łuszczenie płatowe na kończynach, otrębiaste na twarzy i tułowiu. 6.IV Łuszczenie skóry płatowe trwa, otrębiaste znikło. Poniżej szczęki dolnej tworzy się ropień. 12.IV Stan ogólny poprawia się. Wypisany 16.IV z trwającym wyciekiem z uszu, w ogólnym stanie dość dobrym. Dg.. Scarlatina + Morbilli + Diphteria + Bronchitis + Otitis m. pur. ambil. + abscessus colli.

W przypadku tym wysypka odrowa zjawiła się w 6 dniu płonicy, jeszcze w czasie trwania wysypki płoniczej, a więc mieliśmy to, co w ścisłem tego słowa znaczeniu nazywamy współczesnem zakażeniem mieszanem (było to współczesne zakażenie potrójne, gdyż 21.III przy równoczesnej obecności obu wysypek stwierdzono

pał. Löfflera w wydzielinie gardła). Plamki Koplika wystąpiły dopiero w trzecim dniu trwania wysypki odrowej. Wysypka płonicza przez cały czas dość skąpa, ograniczała się do nieznacznej przestrzeni (uda), wysypka odrowa zaś trwała około 8 dni. Powikłania wystąpiły ze strony uszu, oskrzeli i gruczołów szyjnych. Wpływ odry na zachowanie się krwi w naszym przypadku nie zaznacza się: mierna leukocytoza, stosunkowo niewiele zmniejsza się w chwili dołączenia wysypki odrowej; znaczne przesunięcie wzoru ciałek obojętnochłonnych w lewo utrzymuje się przez cały czas pobytu dziecka w szpitalu. Zwraca tylko uwagę dość znaczne zwiększenie się ilości monocytów w czasie dołączenia się wysypki odrowej. W połowie trzeciego tygodnia płonicy (drugiego odry), równocześnie ze znacznem zwiększeniem leukocytozy (20.800), spowodowanem powikłaniem ze strony uszu, zjawiła się duża ilość komórek zasadochłonnych (5%). Opadanie krwinek w czasie trwania obu wysypek było wolniejsze (przyśpieszenie I st.), aniżeli w obecności samej wysypki płoniczej (przyśp. III st.), następnie uległo znacznemu przyśpieszeniu (IV st.) wskutek dołączenia się powikłań. Częstszych oznaczań krwi w tym przypadku, jako też i w poprzednim, nie dało się dokonać z powodu stałej obecności na sali i opozycji matki jednego z dzieci, a ciotki drugiego.

Przypadek ten jest zbliżony do jednego z przypadków Brudzińskiego, w którym wysypka odrowa wystąpiła u 7-letniego chłopca (Józio C.) również w szóstym dniu płonicy; krzywe ciepłoty obydwu tych przypadków mają bardzo podobny przebieg: zamiast obniżać się od 6 dnia płonicy, podnoszą się ku górze, zaś od 6-go dnia wysypki odrowej występują dość znaczne wahania ciepłoty. Plamki Koplika w przypadku Brudzińskiego wystąpiły równocześnie z wysypką, w naszym przypadku plamki Koplika dały się zauważyć dopiero w trzecim dniu wysypki, w czasie jej największego nasilenia. Czas trwania wysypki odrowej w naszym przypadku był znacznie dłuższy, aniżeli w przypadku Brudzińskiego i analogicznym Hukiewicza: autorzy ci podkreślają szybkie wystąpienie wysypki odrowej i zblednięcie jej drugiego dnia — w naszym przypadku wysypka rozwijała się w ciągu 3 dni i trwała następnie około 5 dni (razem 8 dni). Dodać należy, że przypadek Brudzińskiego, powikłany zapaleniem uszu, skończył się również pomyślnie.

Obydwa te przypadki (10 i 11), przyjęte w okresie wylęgania odry na oddział płoniczy, choć umieszczone w oddzielnym pokoju, stały się źródłem zakażenia dla trzech innych przypadków.

(Dokończenie nastąpi.)

Sanitarno-statystyczne stosunki Polski w okresie 1919—1928 r.

Prof. Dr. KAZIMIERZ KARAFFA-KORBUTT (Wilno).

Po raz pierwszy Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej za r. 1928 podał dane ruchu ludności Rzeczypospolitej na całym jej obszarze, dotychczas bowiem publikowano w nim wiadomości demograficzne, dotyczące tylko wielkich miast i województw zachodnich i południowych. Dlatego też dopiero od chwili ukazania się tego Rocznika zostało umożliwione omawianie zasadniczych danych demograficznych w stosunku do całej Polski.

Poza tem Roczniki Głównego Urzędu Statystycznego podają dane ruchu naturalnego (ślubność, rozrodczość, śmiertelność i przyrost naturalny), rozklasyfikowane według cech: płci, wieku, wyznania i miejsca zamieszkania, oraz dość szczegółowe dane migracji ludności. Wreszcie w zeszytach „Wiadomości Statystycznych" tegoż Urzędu znajdujemy rubrykę: „demografja i zdrowotność".

Szereg danych z dziedziny statystyki sanitarnej znajdujemy w wydawnictwach Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia pod tytułem: „Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucyj zdrowia publicznego", drukowanych co roku.

Za źródło sanitarno-statystycznych danych mogą służyć również statystyczne wydawnictwa większych miast polskich: Warszawy, Krakowa, Poznania, Łodzi, Lwowa, Wilna.

Wreszcie znajdujemy też poszczególne publikacje w fachowej prasie perjodycznej, poświęconej poszczególnym sprawom z dziedziny statystyki sanitarnej.

Na podstawie wymienionych danych możemy już w chwili obecnej przedstawić z dokładnością mniej więcej zadawalającą stosunki sanitarno-statystyczne w Polsce.

Właśnie co się tyczy dokładności i ścisłości naszej młodej statystyki demograficznej i sanitarnej, mamy wiele zastrzeżeń. Przy rozważaniu poszczególnych zjawisk i cech, objętych statystyką, należy stosować krytycyzm statystyczny na większą skalę, różnicując przytem materjał według stopnia prawdopodobieństwa co do jego dokładności. Tak np. współczynniki śmiertelności i rozrodczości, jako oparte na bardzo wielkich liczbach spostrzeżeń i rejestrowane dość starannie, jak również ze względu na to, że ustalenie cechy (zgon,

urodzenie) nie przedstawia żadnej trudności, możnaby uważać za ścisłe; mimo to w każdym następnym roczniku koryguje się współczynniki, opublikowane w rocznikach za ubiegłe lata, np. rocznik 1928 podaje współczynnik śmiertelności w roku 1927 17,4, w następnym zaś roczniku 1929 prostuje się ten współczynnik na 17,6. Należy również z większą rezerwą stosować się do danych za piewsze lata okresu, w latach zaś ostatnich bez wątpienia posiadamy liczby bardziej dokładne.

Mniej natomiast dokładne są daty statystyczne, dotyczące chorobowości i zapadalności; posiadają one znaczenie, o ile chodzi o cały obszar Rzeczypospolitej, raczej orjentacyjne. Statystyczne dane dużych miast zasługują już na większe zaufanie badacza. Niektóre liczby zapadalności dla całego obszaru Państwa zostały wyprowadzone w drodze ekstrapolacji z braku dat bezpośrednich; wiadomo zaś, że na ekstrapolację w obliczeniach statystycznych zapatrujemy się zazwyczaj ujemnie i bądź co bądź posługujemy się tą metodą z największą ostrożnością.

Pierwszy spis ludności w Polsce został wykonany 30 września 1921 r. w warunkach, gdy ludność była w stanie wielkiej migracji z powodu wojny i repatrjacji. Według danych tego spisu ludność Polski w obecnych granicach wynosiła 27.177.000. Drugi spis miał być uskuteczniony w grudniu 1930 r., niestety jednak projekt nie doszedł do skutku i niewiadomo napewno, kiedy zostanie wykonany. Dlatego też możemy oszacować ludność Polski obecnie tylko w liczbach przybliżonych; właśnie mały „Rocznik" na rok 1930 określa liczbę ludności w dniu 1 stycznia 1930 r. na 30.700.000.

Biorąc pod uwagę, że powierzchnia Polski wynosi 388.400 km. kwadratowych, obliczamy, że w końcu r. 1921 gęstość zaludnienia stanowiła 70 na kilometr kwadratowy, w r. 1930 zaś — 79. Gęstość więc zaludnienia Polski jest większa od gęstości zaludnienia Hiszpanji (44), Jugosławji (53), Francji (74), ustępuje nieco Austrji (80) i jest znacznie mniejsza od gęstości zaludnienia Czechosłowacji (103), Włoch (132), Niemiec (136).

Co się tyczy gęstości zaludnienia poszczególnych obszarów administracyjnych Polski, przedstawia się ona w r. 1930 w liczbach następujących:

województwa centralne	94
„ wschodnie	42
„ zachodnie	93
„ południowe	104

Liczby te wskazują, że niektóre obszary Polski posiadają już tak znaczną gęstość zaludnienia, że ich uprzemysłowienie staje się koniecznością rozwoju gospodarczego.

Zwracając się do omówienia pokrótce rozkładu ludności według poszczególnych najważniejszych cech, to zn. do jej statyki, zatrzymamy się przedewszystkiem na ugrupowaniu według płci i wieku. Tablica I podaje właśnie te cechy dla końca roku 1921 i początku roku 1929.

TABLICA I.

Ludność Polski według grup wieku i płci w latach 1921 i 1929.

Wyszczególnienie	Ludność w wieku lat							Razem	w tem w wieku lat	
	0—9	10—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60 i wyżej		7—13	10—49
	w odsetkach ogółu ludności									
30.IX.1921										
Ogółem	21,7	26,1	16,7	11,4	9,3	7,6	7,2	100,0	18,7	49,7
Mężczyzni	22,6	26,4	16,1	10,8	9,2	7,7	7,2	100,0	19,5	48,1
Kobiety	20,8	25,8	17,3	11,9	9,4	7,6	7,2	100,0	18,0	51,2
1.I. 1929										
Ogółem	24,9	19,7	20,1	11,7	8,9	7,4	7,3	100,0	12,4	52,3

Rozpatrując tę tablicę możemy zanotować parę charakterystycznych zjawisk. W r. 1921 było w porównaniu z r. 1929 mniej dzieci do skończonych 9 lat, więcej młodzieży od 10 do 19, znowu znaczne zmniejszenie osób w wieku 20 — 29 lat; dzieci w wieku szkolnym (od 7 do 13 l.) było znacznie więcej (18,7% w porównaniu do 12,4%), natomiast osób w wieku produkcyjnym (od 15 do 49 l.) mniej (49,7% i 52,3%).

Tłumaczymy tę różnicę w strukturze ludności Polski co do wieku wpływem wojny, która tylko co została ukończona; wyszczerbiła ona młodzież w wieku 20 — 29 lat, wskutek czego odsetka ludności w wieku produkcyjnym nie osiągnęła nawet 50%; porównywając ugrupowanie mężczyzn i kobiet według wieku, stwierdzamy, że wojna odbiła się na mężczyznach w sposób więcej niszczący, niż na kobietach. Małą odsetkę dzieci w wieku szkolnym w r. 1929 tłumaczymy tem, że do kategorji tej weszły już roczniki wojny 1915—1918, gdy rozrodczość bardzo spadła, śmiertelność zaś niemowląt i dzieci młodszych była bardzo duża.

W r. 1921 w Polsce na 100 mężczyzn przypadało 104,2 kobiet*) w innych krajach, które przyjmowały udział w wojnie, stosunkowa liczba kobiet była większa; w Niemczech (1919) na 100 mężczyzn przypadała 110 kobiet, w Anglji (1921)—109,6, we Francji (1921)—110,3, w Czechosłowacji — 107,5 i t. d. Z biegiem czasu stosunek ten wyrównywa się, to znaczy zbliża się do 100, jednak przewaga kobiet w Europie, która była zaznaczona już przed wojną, zachowała się i to w proporcji wzmożonej. Ścisłego stosunku dla całej Polski nie mamy, należy zaczekać na drugi spis powszechny.

Co do narodowości spis r. 1921 dał następujące wyniki: polska — 69%, rusińska (ukraińska) — 14, żydowska — 8, białoruska—4, niemiecka — 4, inne — 1. Skład zawodowy ludności Polski według danych 1921 r. wyrażał się w sposób podany w następującej tablicy II.

TABLICA II.

Skład zawodowy ludności Polski według danych 1921 roku.

Wyszczególnienie	Ogółem	Rolnictwo leśnictwo i rybactwo	Górnictwo i przemysł	Handel i i ubezpieczenia	Komunikacja i transport	Inne zawody
Zawodowo czynni i bierni . . .	100,0	63,8	15,4	6,2	3,3	11,3
Zawodowo czynni	100,0	72,3	10,3	3,7	1,8	11,9

Z tej tablicy wnioskujemy, że Polska jest jeszcze krajem wybitnie rolniczym, gdyż prawie $^3/_4$ (72,3%) jej ludności zawodowo czynnej zajmuje się rolnictwem sensu lato, to zn. włączając leśnictwo, rybactwo i t. p., dopiero 10,3% jest zajętych w górnictwie i przemyśle. Twierdzenie to jeszcze więcej uwydatnia się, jeżeli przypomnimy sobie odsetki zawodowo czynnej ludności, zajętej w rolnictwie (w szerszem znaczeniu) w innych państwach, np. Węgry — 58,2%, Czechosłowacja — 40,4%, Niemcy — 30,5%, Belgja — 19,2%.

Nie zatrzymując się na innych danych statystyki ludności, przechodzimy do omówienia jej ruchu naturalnego.

---

*) Według małego „Rocznika", str. 8. Inne źródła podają większe liczby np. I. Weinfeld (Tablice statystyczne Polski za lata 1925 i 1926, str. 6) wskazuje dla r. 1921 stosunek: na 100 ludności 45,7 mężczyzn i 54,3 kobiet, co po przerachowaniu daje: na 100 mężczyzn 119 kobiet. Biorąc pod uwagę warunki wojny na terytorjum Polski, oraz stosunki statystyczne innych państw wkrótce po wojnie, można przypuszczać, że stosunek kobiet w Polsce w roku 1921 był znacznie większy, niż przytoczona liczba 104,2.

TABLICA III.

Ruch naturalny ludności w Polsce w latach 1919 — 1929.

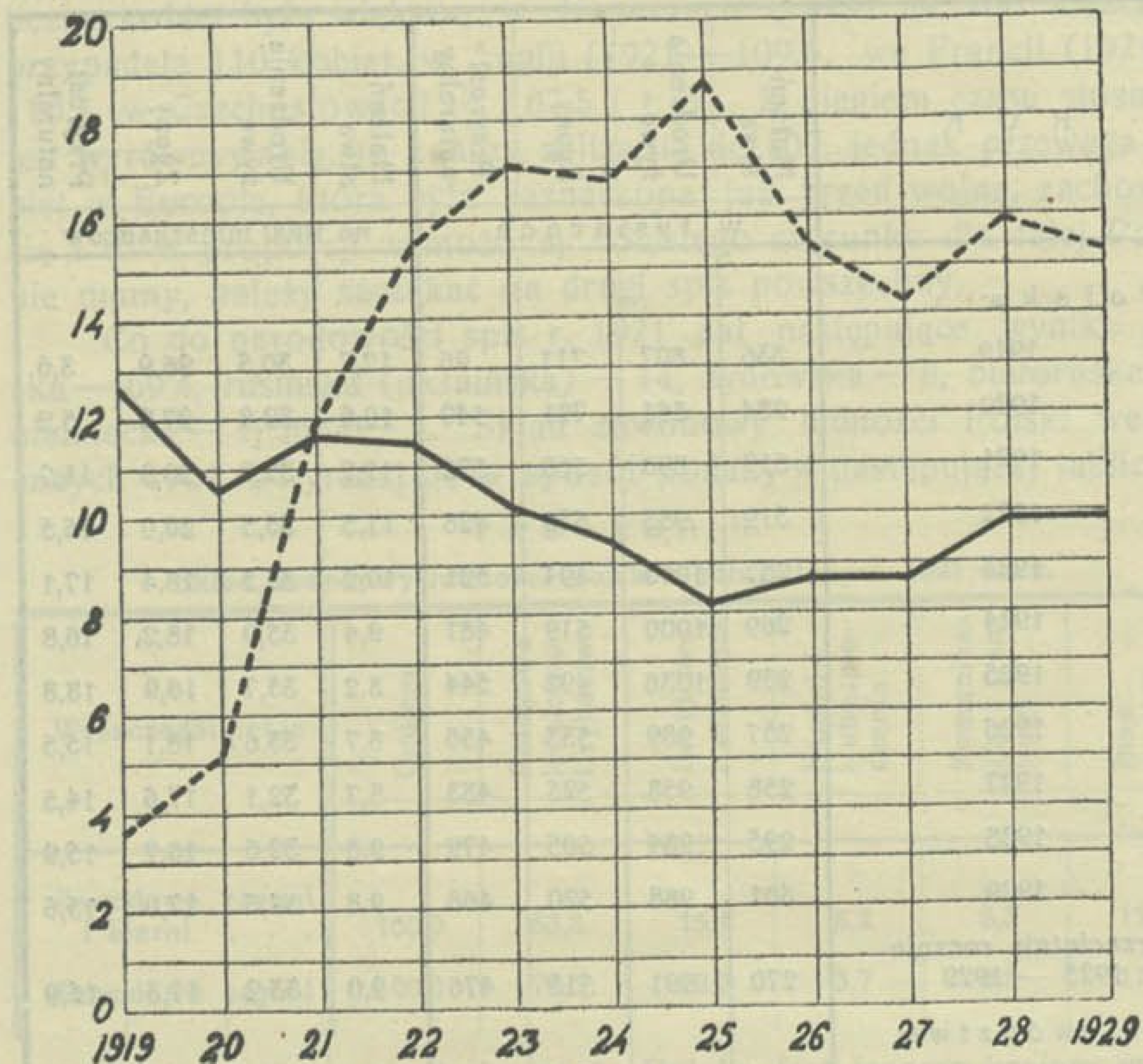
ROK	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny
	w tysiącach				na 1000 mieszkańców			
Polska:								
1919	336	807	711	96	12,7	30,5	26,9	3,6
1920	284	861	721	140	10,6	32,2	27,0	5,2
1921	317	890	568	322	11,7	32,8	20,9	11,9
1922	319	983	555	428	11,5	35,5	20,0	15,5
1923	287	1015	494	521	10,2	35,5	18,4	17,1
1924	269	1000	519	481	9,4	35,0	18,2	16,8
1925	239	1036	492	544	8,2	35,7	16,9	18,8
1926	257	989	533	456	8,7	33,6	18,1	15,5
1927	258	958	525	433	8,7	32,1	17,6	14,5
1928	295	984	505	479	9,8	32,6	16,7	15,9
1929	301	988	520	468	9,8	32,3	17,0	15,3
Przeciętnie rocznie 1925 — 1929	270	991	515	476	9,0	33,2	17,3	15,9
Województwa:								
Centralne	116	411	211	200	9,2	32,8	16,8	16,0
Wschodnie	48	190	86	104	9,6	37,9	17,1	20,8
Zachodnie	33	127	64	63	7,7	30,1	15,2	14,9
Południowe	73	263	154	109	9,1	32,6	19,1	13,5

Posługując się danemi tablicy III, rozpatrzymy z kolei poszczególne zagadnienia populacyjne.

Ślubność. Statystyka ustaliła zniżkową tendencję przyrostu naturalnego ludności całej Europy; główna przyczyna tego tkwi w zmniejszeniu rozrodczości. Ale i ślubność również wyjawia tę samą tendencję zniżkową, aczkolwiek w daleko mniejszym stopniu w porównaniu ze zmniejszeniem liczby urodzin. W Polsce (patrz wykres 1) najwyższy współczynnik ślubności*) dał rok 1919—12,7%; jest to reakcja

*) Przez współczynnik ślubności rozumiemy liczbę małżeństw, zawartych przeciętnie na 1000 ludności w ciągu roku kalendarzowego.

na *zakończenie* wojny światowej, (tak zw. „ślubność kompensatoryjna"), stwierdzona we wszystkich krajach, które brały udział w wojnie.



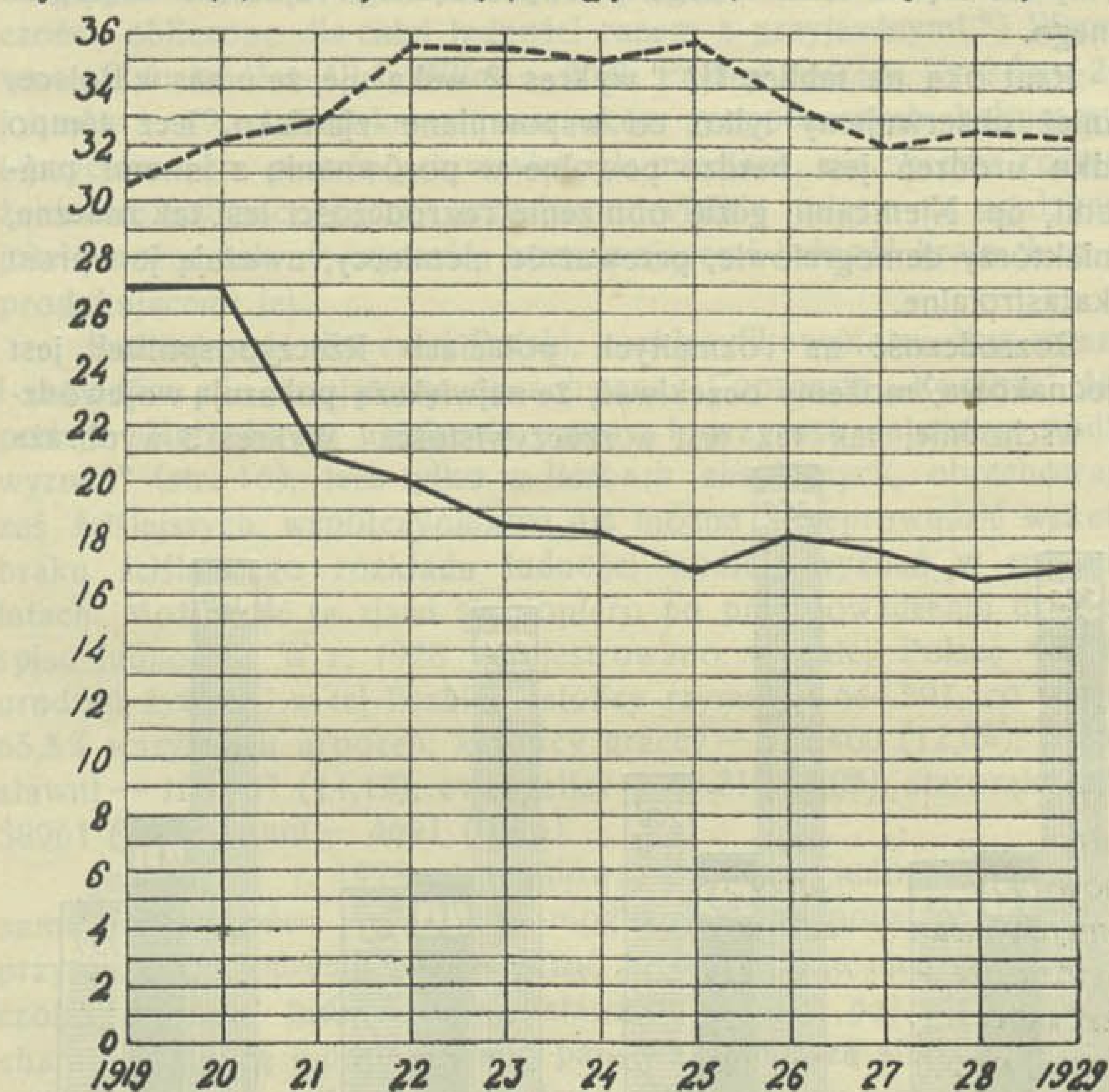
Wykres 1.
Ślubność ——— Przyrost naturalny - - - - w Polsce w latach 1919—1929.

Najniższy współczynnik ślubności przypada na r. 1925 (8,2%), ostatnie dwa lata wynosi 9,8; przeciętna roczna za okres 1925—1929 stanowi 9,0%. Porównywując te liczby ze współczynnikami ślubności w innych krajach europejskich za ten sam okres czasu, możemy stwierdzić, że Polska należy do krajów o wysokiej ślubności; prócz Polski zaliczamy do tej grupy Węgry; Niemcy posiadają średnie współczynniki, około 7,7, najniższe przypadają na Norwegię — 5,9 — 5,7.

Biorąc pod uwagę grupy województw, mamy za wskazany okres 1925—1929 średnie roczne współczynniki ślubności: centralne — 9,2; wschodnie — 9,6, zachodnie — 7,7 i południowe — 9,1, innemi słowy, największa ślubność przypada na województwa wschodnie, najmniejsza — na województwa zachodnie, w których współczynnik ślubności równa się współczynnikowi w Niemczech.

W naszych dużych miastach ślubność, biorąc naogół, jest nieco mniejsza, niż przeciętna dla całej Rzeczypospolitej; wyjątek stanowi Wilno, gdzie ślubność jest wysoka, osiąga 10; w niektórych poszczególnych latach taką wysoką cyfrę osiągała również ślubność Łodzi i Lwowa.

Rozrodczość w Polsce za omawiany okres wahała się w granicach 35,7 i 32,1. Na warunki europejskie jest to rozrodczość bardzo duża. W r. 1928 tylko Rumunja (35,2) i Portugalja (33,2) wykazały większy współczynnik, niż Polska. Rozrodczość Niemiec wynosiła 18,6, Francji — 18,2, Anglji — 16,7 i Szwecji — 16,1.



Wykres 2.
Rozrodczość - - - - Śmiertelność ——— w Polsce w latach 1919—1929.

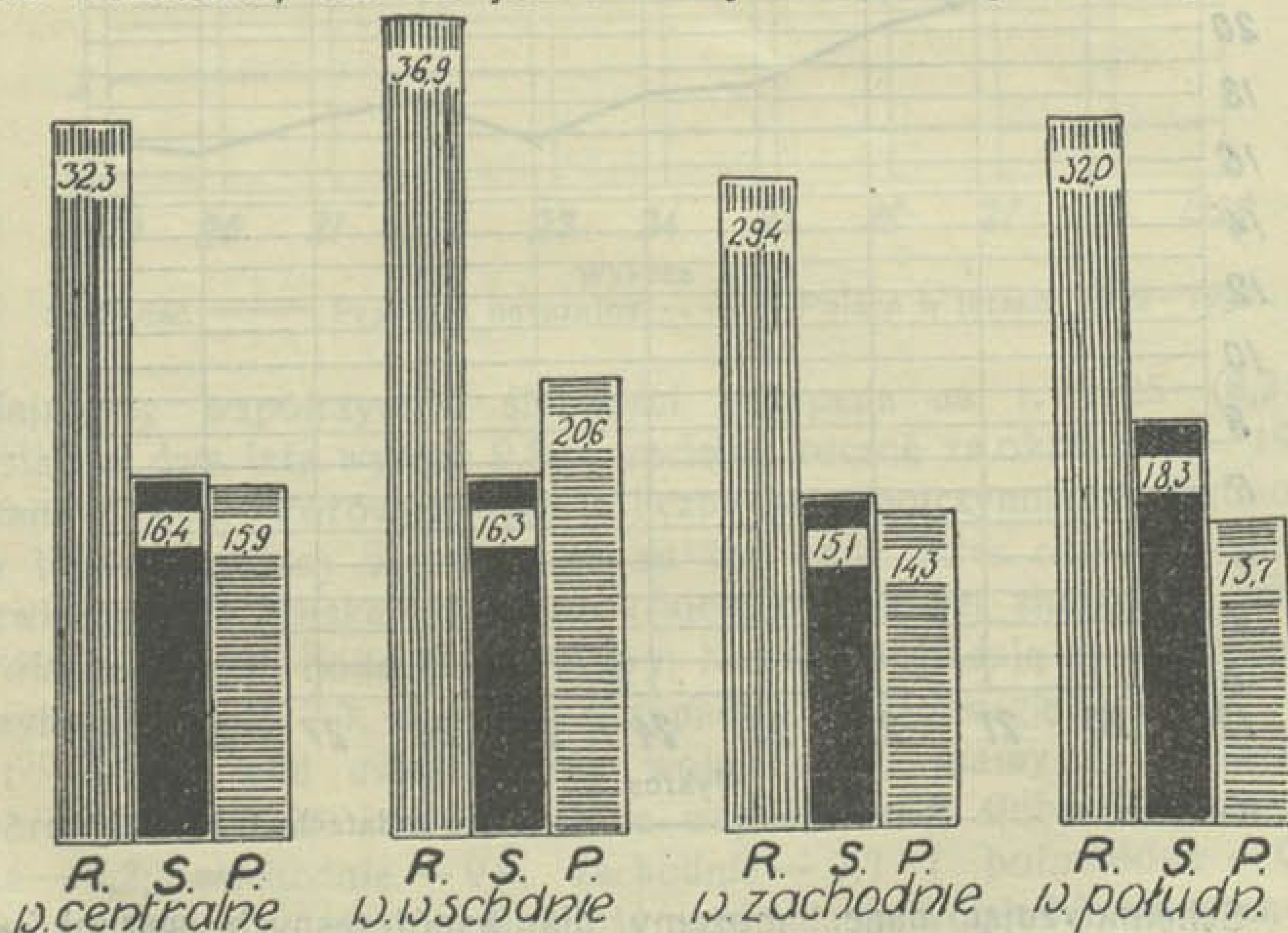
Schematyzując dane, możemy dla współczesnych warunków europejskich uważać rozrodczość ponad 30 jako dużą, pomiędzy 30 a 20 — jako średnią, poniżej zaś 20 — jako małą. Do krajów o du-

żej rozrodczości należą Polska, Rumunja i Portugalja, o średniej — Hiszpanja, Włochy, Węgry, Czechosłowacja; większość zaś krajów wykazuje współczynniki rozrodczości poniżej 20.

Powszechnie znanym faktem statystycznym jest stały spadek rozrodczości w Europie. Ta ważna sprawa, zarówno statystyki sanitarnej, jak polityki populacyjnej, posiada odrębne i obszerne piśmiennictwo; u nas została poświęcona tej sprawie monografja S. Serkowskiego: Przyrost naturalny ludności jako zagadnienie higjeny socjalnej. Warszawa, 1917. Rzecz naturalna, że tu nie możemy zatrzymywać się na analizie tego pierwszorzędnego zjawiska demograficznego.

Rzut oka na tablicę III i wykres 2 wskazuje, że u nas w Polsce, również obserwujemy tylko co wspomniane zjawisko, lecz tempo spadku urodzeń jest bardzo powolne w porównaniu z innemi państwami, np. Niemcami, gdzie obniżenie rozrodczości jest tak znaczne, że niektórzy demografowie, przeważnie niemieccy, uważają je wprost za katastrofalne.

Rozrodczość na rozmaitych połaciach Rzeczypospolitej jest niejednakowa; możemy oczekiwać, że największą pokazują województwa wschodnie; tak też jest w rzeczywistości. Wykres 3 wyobraża



Wykres 3.
Rozrodczość, śmiertelność i przyrost naturalny w roku 1928
w 4 grupach województw.

grafikę słupkową, podającą rozrodczość, śmiertelność i przyrost naturalny, obserwowany w r. 1928 w czterech grupach województw. Co się tyczy rozrodczości mamy następujące współczynniki województwa: centralne — 32,3; wschodnie — 36,9; zachodnie — 29,4 i południowe — 32,0. Najniższa więc rozrodczość przypada na województwa zachodnie.

Jeżeli dla całej Polski rozrodczość jest bardzo wielka, to nasze duże miasta wykazują rozrodczość znacznie niższą, co się zresztą zgadza z ogólną prawidłowością statystyczną, stwierdzoną dla całej Europy. Tak w r. 1928 mamy następujące współczynniki rozrodczości, obliczone dla całej ludności razem z przyjezdnymi:*) Warszawa — 19,0; Łódź — 18,2; Wilno — 20,8; Poznań — 22,6; Kraków—21,6 i Lwów — 19,1. Całokształt warunków gospodarczych, kulturalnych i psychicznych, panujących w wielkich miastach, nie sprzyja rozmnażaniu się ludności, raczej przeciwnie: wielkie miasta są ogniskami, jeżeli można tak się wyrazić, konsumującemi ludność kraju, lecz nie produkującemi jej.

Rozrodczość dla całej Polski, rozklasyfikowana według wyznań i zawodów, nie jest jeszcze opracowana. Coprawda „Rocznik" 1929 podaje „Małżeństwa, urodzenia, zgony i przyrost naturalny według wyznań" (str. 16), lecz tylko w liczbach absolutnych, obrachowania zaś ściślejszych współczynników nie można przeprowadzić wskutek braku ściślejszego rozkładu ludności według wyznań w ostatnich latach. Możliwość ta zjawi się dopiero po przeprowadzeniu drugiego spisu ludności. W r. 1928 zarejestrowano w całej Polsce 983.720 urodzeń żywych, w tej liczbie: katolicy rzymscy — 644.591, co wynosi 65,5% wszystkich urodzeń; katolicy greccy — 177.400 (12,0%); prawosławni — 138.867 (14,1%); ewangelicy — 19.210 (2,0%); starozakonni — 58961 (6,0%) i inni — 4691 (0,4%).

Jeżeliby w r. 1928 wyznaniowa struktura ludności była taka sama, jak w końcu r. 1921, to moglibyśmy na podstawie tylko co przytoczonych odsetek przypuszczać, że największe natężenie rozrodczości posiada ludność prawosławna, katolicy posiadają średnią, charakteryzującą ludność całego państwa, mniejszą siłę rozrodczości wykazywaliby izraelici i ewangelicy. Wniosek ten jest tylko przybliżony. Poczęści popierają go również dane statystycznych wydawnictw

*) Współczynniki obliczone bez przyjezdnych są mniejsze, niekiedy dość znacznie, np. dla Krakowa (1928) z przyjezdnymi 21,6, bez przyjezdnych — 17,3. Współczynniki bez przyjezdnych lepiej charakteryzują rozrodczą siłę ludności wielkomiejskiej.

poszczególnych większych miast.*) W r. 1921 śród ludności np. m. Łodzi było 53,5% rzymsko-katolików i 34,5 izraelitów, na 100 zaś żywych urodzeń w tym samym roku było w Łodzi: rzymsko-katolików 64,0%, izraelitów zaś tylko 26,3%. Według E. Rosseta**) w roku 1921 w Łodzi przypadało urodzin na 1000 mieszkańców: rzymsko-katolików—26,8, ewangelików—17,1, izraelitów—16,7.

Śmiertelność. Współczynniki śmiertelności ogólnej w Polsce (ob. tablicę III) mają tendencję zniżania się, jak na całym obszarze Europy. Maximum napięcia śmiertelności wyrażało się u nas współczynnikami 27,0 (rok 1920 — wojna!), minimum odpowiada współczynnikowi 16,7 (rok 1928). Jeżeli porównamy współczynnik śmiertelności w Polsce w r. 1928 ze współczynnikami śmiertelności w innych krajach w tym samym roku, stwierdzamy, że większą śmiertelność posiadały Rumunja (22,9), Portugalja (20,2), Hiszpanja (18,4), Węgry (17,1), mniejszą zaś reszta kulturalnych krajów europejskich: Francja—16,5, Włochy—15,7, Austrja—14,4, Anglja—11,7, Niemcy—11,6, Norwegja — 10,5. Biorąc pod uwagę warunki gospodarcze, kulturalne i klimatyczne krajów o większej śmiertelności powinniśmy uznać, że Rzeczpospolita osiągnęła znaczne postępy co do obniżenia współczynnika śmiertelności, ale bezwątpienia może osiągnąć jeszcze większe sukcesy pod tym względem.

Śmiertelność według płci dla całego kraju nie jest jeszcze podana w podstawowych źródłach naszej statystyki, natomiast odpowiednie dane znajdujemy w publikacjach poszczególnych dużych miast. Stwierdzają one znaną prawidłowość statystyczną, że śmiertelność mężczyzn, biorąc naogół, przewyższa śmiertelność kobiet we wszystkich kategorjach wieku.

Również nie mamy jeszcze danych śmiertelności według wieku dla całej ludności kraju, natomiast posiadamy odpowiednie dane tylko dla miast dużych. Nie będziemy jednak zatrzymywali się na analizie tych, skądinąd bardzo ciekawych danych, ograniczymy się tylko do przytoczenia współczynników śmiertelności niemowląt, to znaczy dzieci od urodzenia do skończonego jednego roku życia.

Nie posiadając współczynników śmiertelności niemowląt dla całej Polski, możemy oszacować go w przybliżeniu na podstawie

*) Rocznik statystyczny miasta Łodzi. Rok 1928.

**) Edward Rosset. Proletarjat Łódzki w świetle badań demograficznych. Warszawa 1930 r.

danych kilku województw i większych miast. S. Adamowiczowa*) podaje następujące współczynniki śmiertelności niemowląt, obliczone na 1000, w r. 1924.

Warszawa	160,75
Łódź	191,77
Lublin	147,23
Kraków	130,81
Poznań	184,33
Bydgoszcz	182,73
Na rok 1925.	
Województwo Poznańskie	148,44
Poznań	161,33
Bydgoszcz	147,28
Województwo Pomorskie	169,13
Toruń	193,67
Grudziądz	190,84
Górny Śląsk	166,95
Katowice	152,86
Królewska Huta	160,82

Dane te dotyczą naszych lepszych pod względem sanitarnym miast i województw. Współczynnik śmiertelności niemowląt waha się tu od 13 do 19%. Co się tyczy wschodniej połaci kraju, mamy dane np. dla Wilna. F. Kasperowicz**) podaje, że w roku 1927 w Wilnie przypadało na 100 zgonów 18,5 dzieci do roku. W ten sposób obliczony współczynnik (należy go odróżniać od współczynnika śmiertelności niemowląt, który podaje przeciętną liczbę zgonów w ciągu roku w stosunku do 100 dzieci w wieku do 12 miesięcy) dla Wilna wypada nawet mniejszy, niż dla największych miast Polski, jak Warszawa (19,9), Łódź (24,6) i t. p.

Rocznik statystyczny Wilna 1921—1928 podaje, że na 100 urodzeń żywych przypadało w Wilnie zgonów dzieci do 11 miesięcy wieku: w roku 1927 — 11,4, w r. 1928 — 13,9. Na podstawie tych pośrednich danych, możemy stwierdzić, że śmiertelność niemowląt w Wilnie mniej więcej odpowiada przytoczonym wyżej datom dla województw zachodnich. Natomiast nie posiadamy ścislej-

*) M-me S. Adamowicz. Pologne w: „Annuaire sanitaire international" wydawanym przez Ligę Narodów. Rok 1924; rok 1925.

**) F. Kasperowicz. Śmiertelność niemowląt w Wilnie. Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, Rok VI (1930), zeszyt I.

szych danych co do śmiertelności niemowląt wśród ludności wiejskiej województw wschodnich.

Niektórzy autorowie przyjmują za prawdopodobny współczynnik śmiertelności dla całej Polski około 17—18%. Sądzę, że liczbę tę możemy przyjąć dla lat ostatnich, jako orjentacyjną, dopóki nie otrzymamy ściśle określonego współczynnika na podstawie zupełnie pewnych danych.

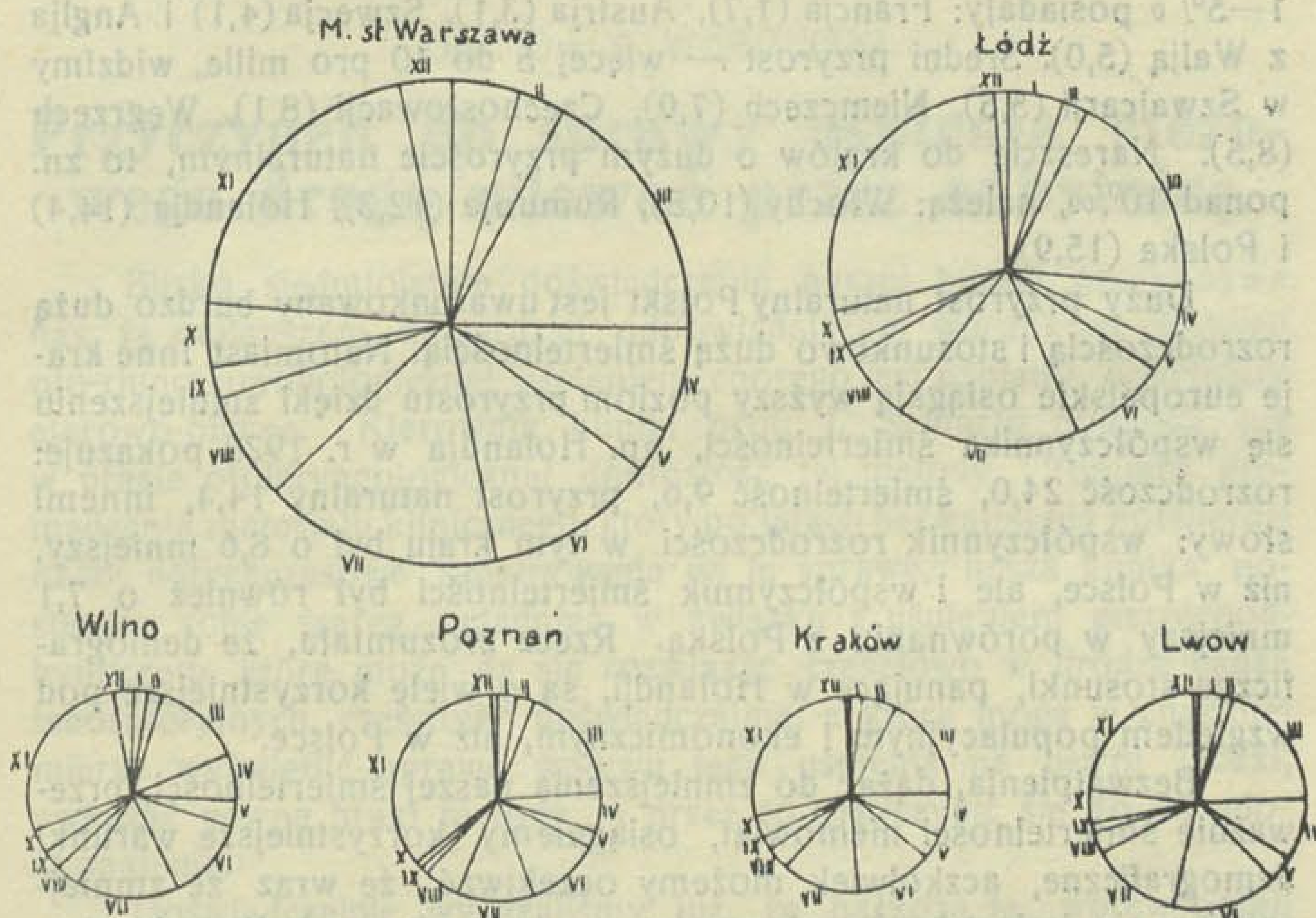
Śmiertelność niemowląt znacznie spadła w okresie powojennym we wszystkich krajach Europy. Na najniższym poziomie stoi śmiertelność krajów skandynawskich, mianowicie Norwegji i Szwecji, wynosząca 5 — 6%. Drugi szczebel, na poziomie 7 — 9%, dają państwa Europy Środkowej: Danja, Szwajcarja, Holandja. Na trzecim szczeblu 10 — 13% stoją Niemcy, Francja, Włochy; 14% i więcej wskazują Hiszpanja, Węgry i Polska. Stwierdzamy więc, że Polska posiada jeszcze bardzo wysoką śmiertelność niemowląt.

Dla poglądowej ilustracji zgonów według przyczyn śmierci ludności naszych większych miast przytoczymy tylko jeden wykres (4), zapożyczony z „Atlasu Statystycznego", wydanego przez Główny Urząd Statystyczny w r. 1930.

Wykres ten wskazuje, że najczęstsze przyczyny śmierci mieszczą się w grupie III (gruźlica) i grupie VII (choroby narządu oddechowego bez gruźlicy). Również często występuje grupa VI — choroby serca.

Rozkład grup przyczyn śmierci pozostaje w przybliżeniu ten sam we wszystkich sześciu naszych większych miastach.

Rzecz zrozumiała, że Polska nie miała tablicy wymieralności (czyli śmiertelności), lecz i w ciągu pierwszych dwunastu lat swego istnienia po zmartwychwstaniu tablica nie została obliczona. Stało się to jednak zupełnie racjonalnie, gdyż sporządzenie tablicy wymieralności na podstawie spisu ludności w r. 1921 i śmiertelności w najbliższych do tego roku latach nie dałoby wyników pożytecznych, gdyż warunki istnienia ludności nie unormowały się jeszcze po długoletniej wojnie i wstrząsach socjalnych. Natomiast sporządzenie tablicy wymieralności dla Polski jest obecnie zadaniem pierwszorzędnem i naglącem; jednak rozwiązanie tego zadania może nastąpić dopiero po przeprowadzeniu szczegółowego spisu ludności, który, niestety, nie został wykonany w końcu r. 1930, jak to było przewidywane zgodnie z postulatami Międzynarodowego Biura Statystycznego, do którego należy również Polska. Należy dążyć ze wszech miar, aby spis ten został wykonany przynajmniej w końcu roku bieżącego.



Wykres 4.

Zgony w większych miastach według przyczyn *) I—ospa, płonica, krztusiec, błonica, odra; II — inne choroby nagminne; III — gruźlica; IV — rak; V — udar i rozmiękczenie mózgu; VI—choroby serca; VII—choroby narządów oddechowych (bez gruźlicy); VIII — nieżyt kiszek i żołądka u dzieci do lat 2; IX — zapalenie nerek; X—śmierć gwałtowna, samobójstwo; XI—inne choroby; XII—przyczyny niewiadome; mm kwadratowy koła = 10 zgonom.

P r z y r o s t n a t u r a l n y. Współczynnik przyrostu naturalnego Polski jest bardzo znaczny (tablica III), waha się w okresie ostatnich pięciu lat, od 18,8 do 14,5, przeciętnie wynosi 15,9. Dla poszczególnych grup województw odpowiednie średnie (1925 — 1929) przedstawiają się jak następuje:

Województwa centralne	16,0
„ wschodnie	20,8
„ zachodnie	14,9
„ południowe	13,5

Co do przyrostu naturalnego Polska zajmuje najwyższy poziom wśród państw europejskich. W roku 1928 mały przyrost naturalny

*) Dane wykresu dotyczą prawdopodobnie r. 1928, może nawet stanowią średnią za ostatnie lata. W „Atlasie“ dat przy tym właśnie wykresie nie podano.

1—5‰ posiadały: Francja (1,7), Austrja (3,1), Szwecja (4,1) i Anglja z Walją (5,0). Średni przyrost — więcej 5 do 10 pro mille, widzimy w Szwajcarji (5,5), Niemczech (7,0), Czechosłowacji (8,1), Węgrzech (8,5). Nareszcie do krajów o dużym przyroście naturalnym, to zn. ponad 10‰, należą: Włochy (10,5), Rumunja (12,3), Holandja (14,4) i Polska (15,9).

Duży przyrost naturalny Polski jest uwarunkowany bardzo dużą rozrodczością i stosunkowo dużą śmiertelnością. Natomiast inne kraje europejskie osiągają wyższy poziom przyrostu dzięki zmniejszeniu się współczynnika śmiertelności, np. Holandja w r. 1928 pokazuje: rozrodczość 24,0, śmiertelność 9,6, przyrost naturalny 14,4, innemi słowy: współczynnik rozrodczości w tym kraju był o 8,6 mniejszy, niż w Polsce, ale i współczynnik śmiertelności był również o 7,1 mniejszy w porównaniu z Polską. Rzecz zrozumiała, że demograficzne stosunki, panujące w Holandji, są o wiele korzystniejsze pod względem populacyjnym i ekonomicznym, niż w Polsce.

Bezwątpienia, dążąc do zmniejszenia naszej śmiertelności, przeważnie śmiertelności niemowląt, osiągniemy korzystniejsze warunki demograficzne, aczkolwiek możemy oczekiwać, że wraz ze zmniejszeniem się śmiertelności niemowląt powinna nieco obniżyć się również rozrodczość.

Duży obecnie współczynnik przyrostu naturalnego w Polsce, zwłaszcza w porównaniu z przyrostem naszych sąsiadów zachodnich (w Niemczech np. w r. 1928 stanowił 7,0‰, w dwóch następnych latach jeszcze znacznie spadł) stanowi pomyślne zjawisko pod względem również politycznym. Biorąc pod uwagę przyrost 15,9‰, obliczamy absolutny przyrost ludności w Polsce w ciągu roku około 480 tysięcy (w roku 1929 faktyczny przyrost wynosił 468 tysięcy). Ale z drugiej strony duży przyrost naturalny naszej ludności stawia przed państwem i społeczeństwem specjalne zadania, które zresztą już wychodzą poza obręb wiedzy statystycznej.

(D. c. n.)

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. Kierownik prof. D-r *J. Szmurło.*

Doc. D-r T. WĄSOWSKI.

Przyczynek do sprawy uśpienia eterowego drogą wlewań przez odbytnicę.

Blisko siedmioletnie doświadczenie naszej kliniki przekonywa nas, że najlepszem, najbardziej odpowiadającem warunkom chirurgji oto-rhino-laryngologicznej uśpieniem chorego jest uśpienie odbytnicze eterowo-oliwne. Kierownik kliniki prof. J. Szmurło podnosił już w prasie otolaryngologicznej doniosłość tej metody. Pomimo gromadzenia materjału klinicznego, który po latach bezwątpienia potwierdzi nasze dotychczasowe zapatrywania na tę sprawę, nasza klinika postawiła sobie szereg zagadnień w związku z uśpieniem eterowoodbytniczem, które może da się rozwiązać częściowo w drodze badań laboratoryjnych, częściowo doświadczalnie, a które mogą w znacznej mierze wyświetlić sprawę wpływu tego uśpienia na ustrój ludzki, wykazać pewne braki metody, a przez to przyczynić się do jej udoskonalenia.

Doświadczalnie wykazaliśmy już, że narkoza ta, wbrew opinji rosyjskich autorów (*Kalina, Smirnow*), nie wpływa destrukcyjnie na tkankę wątroby, wywołując w większych dawkach jedynie tylko czasowe nacieczenie tłuszczowe jej komórek. Na drodze spostrzeżeń klinicznych, oraz eksperymentu na zwierzętach wyjaśniliśmy wpływ tego uśpienia na odruchy błędnikowe, wykazaliśmy, że zachowanie się odruchów ocznych błędnika może nas często wcześniej i wyraźniej przekonać o stopniu uśpienia chorego, wskazując nieraz na grożące mu niebezpieczeństwo.

Do rozpoczęcia niniejszej pracy pobudziło nas zaobserwowane przez nas zjawisko, polegające na tem, że w pewnych przypadkach, najczęściej wtedy, gdy pacjent szybko usypia po wprowadzeniu do odbytnicy mięszanki eterowo-oliwnej, występuje podczas operacji ciemniejsze zabarwienie krwi bez objawów ze strony oddychania, jak to w innem uśpieniu przyzwyczailiśmy się spostrzegać. Z początku przypuszczaliśmy, że jest to skutkiem wadliwości oddychania, dokładna jednak obserwacja uśpionych wykazała, że nie tu należy szukać przyczyny tego zjawiska. W piśmiennictwie farmakologicznem znaleźliśmy wskazówki, że długotrwała eterowa narkoza może uszkodzić czerwone ciałka krwi (*Multer)*; poza tem spostrzeżenia *Hawka* na psach wykazały, że liczba erytrocytów po długo trwającem zatruciu

eterowem może się zwiększyć, nieraz od 30 do 50%. Nie znaleźliśmy natomiast danych, czy wchłonięty przez ustrój eter nie jest w stanie zmienić chemizmu morfologicznych składników krwi,—przemieniając barwik czerwonych ciałek krwi w inne związki, szkodliwe dla ustroju. W tym celu przeprowadziliśmy badanie krwi chorych przed i podczas głębokiej narkozy odbytniczej zapomocą spektroskopu Reicherta. Zbadaliśmy 42 chorych. W żadnym przypadku, nawet wówczas, gdy podczas operacji krew była wyraźnie ciemniejsza, nie spostrzegaliśmy odchyleń od normalnego obrazu spektroskopowego krwi. Stale, w najgłębszej nawet narkozie, notowaliśmy w widmie spektralnem krwi dwa pasy ciemne w zielonej części widma: jeden szerszy — w środkowej części, drugi węższy — na granicy prawie, w kierunku barwy żółtej. Odpowiada to normalnym warunkom widma oxyhemoglobiny. Otrzymane wyniki wykazują zupełny brak wpływu eterowej rektalnej narkozy na chemiczne własności erytrocytów, brak jakichkolwiek szkodliwych dla ustroju zmian w stosunkach hemoglobiny. Pragnąc przekonać się, jak się zachowują liczbowo czerwone ciałka krwi w narkozie rektalnej przeprowadziliśmy badania na 3 królikach, określając liczbę erytrocytów przed uśpieniem i w okresie snu eterowego. We wszystkich trzech doświadczeniach wyniki były identyczne: liczba erytrocytów pod wpływem eteru stale wzrastała dość znacznie, dochodząc nawet do cyfr podwójnych. Odpowiada to wynikom doświadczeń *Hawka* na psach. Wobec tego, zjawisko ściemnienia krwi, występujące u niektórych pod wpływem uśpienia eterowego, najprawdopodobniej można sobie wytłumaczyć żywszą reakcją narządów krwiotwórczych, wyrażającą się w nadprodukcji czerwonych ciałek krwi.

Piśmiennictwo.

1. Hawk (str. w Bioch. Zentrbl. № 852, 1903/904). 2. Multer (München. Med. Woch. 54. 1907). 3. Smirnow (Wiestn. Chir. 1926). 4. Kalina (Mon. f. Ohr. 1927). 5. Szmurło (Pol. Przegl. Otol.). 1927). 6. Wąsowski (Pam. Wil. Tow. Lek. 1929). 7. Wąsowski (Now. Lek. 1930).

Dr. T. WĄSOWSKI—prof. agrégé.

Les recherches sur le changement du sang pendant la narcose rectale par l'éther.

Pendant la narcose rectale par l'éther bien souvent nous pouvons observer un phénomène étrange—c'est le changement de la couleur du sang de malade qui sans troubles de la réspiration se fait plus

foncée que d'habitude. Pour faire expliquer ce phénomène l'auteur a examiné par le spectroscope de Reichert le sang de 42 narcotisés avant et pendant la narcose rectale. Les résultats obtenus ont été négatifs, c. a. d. toujours l'image spectroscopique du sang a été absolument normale.

Les recherches de nombre des globules rouges du sang avant et pendant la narcose ont donné des résultats suivants: chaque fois ce nombre s'augmenta très nettement pendant la narcose, pas rarement à ce moment les chifres des globules rouges se doublèrent.

En résumant les résultats de ses recherches l'auteur suppose, qu'il faut expliquer le phénomène du changement de la couleur du sang pendant la narcose étheriènne par l'excitation par l'éther des organes hematopoëtiques et l'augmentation du nombre des globules rouges.

Szczepienia przeciwbłonicze.

DR. WŁADYSŁAW PRAŻMOWSKI
Kierownik Filji Państwowego Zakładu Higjeny w Wilnie.

Kwestja błonicy stała się w ostatnich latach niezwykle aktualna ze względu na występujący stały przyrost przypadków zachorowań, jako też z powodu wynalezienia skutecznych środków jej zwalczania. Wzrost nasilenia błonicy obserwuje się z roku na rok niemal we wszystkich państwach Europy. Najlepiej ilustrują to absolutne liczby zapadalności w kilku państwach w okresie od 1926 do 1929 r.

	Zachorowania na błonicę			
	1926 r.	1927 r.	1928 r.	1929 r.
Niemcy	30.299	33.890	46.905	49.053
Anglja	51.069	52.011	61.134	62.773
Austrja	3.761	6.665	8.173	10.657
Francja	13.348	14.289	18.898	20.493
Włochy	14.923	18.879	19.247	23.632
Czechosłowacja	5.343	7.713	12.770	17.291
Rosja Sowiecka	42.512	45.683	46.496	50.995
Polska	6.826	8.640	10.460	11.977
Stany Zjedn. Amer. Północ.	93.425	106.192	91.407	80.041

Z przytoczonej tablicy wynika, iż jedynie w Ameryce nietylko nie widzimy przyrostu przypadków błonicy, lecz przeciwnie obserwujemy jej spadek. Mamy w tem równocześnie dowód skuteczności prowadzonej od lat 15 walki z błonicą w tym kraju.

Wraz ze wzrostem liczby zachorowań na błonicę stwierdzono w licznych krajach zwiększenie się liczby zgonów. Friedemann np. ustalił dla Berlina odsetek zgonów przed rokiem 1923 na 4% do 8% w roku 1923 odsetek ten doszedł 13, a w 1927 r. już 17. Podobne dane posiadamy i dla innych miast Europy. Pozwalają one wnioskować, że w ostatnich latach przejawia się również zwiększona zjadliwość zarazka błonicy, tak że mimo stosowania surowicy przeciwbłoniczej, liczne przypadki kończą się zejściem śmiertelnem.

W Polsce tak jak zagranicą, poczynając od roku 1919, daje się zauważyć stały przyrost zarejestrowanych przypadków błonicy.

	zachorowania	zgony	odsetek
1919 rok	1.815	219	12
1920 „	3.178	387	12,1
1921 „	4.130	544	13,1
1922 „	4.228	414	9,8
1923 „	3.694	426	11,2
1924 „	4.838	494	10,2
1925 „	5.888	452	7,5
1926 „	6.835	651	9,5
1927 „	8.626	821	9,5
1928 „	10.576	867	8,2
1929 „	11.977	776	6,1

W ciągu przeto 10 lecia zapadalność na błonicę zwiększyła się w Polsce siedmiokrotnie, a jeśli nawet przyjąć pod uwagę braki w rejestracji w pierwszych latach niepodległości, to mimo wszystko przyrost ten będzie wybitnie zaznaczony.

Inaczej natomiast przedstawia się u nas śmiertelność z błonicy, która przeciwnie do wzmiankowanych powyżej danych zagranicznych, wykazuje stały spadek i z najwyższego odsetka zgonów w roku 1921, wynoszącego 13,1% obniża się w 1929 r. do 6,1%.

W Wilnie statystyka zachorowań i zgonów z błonicy w okresie od 1920 do 1930 r. przedstawia się następująco:

	zachorowania	zgony	odsetek
1920 rok	102	—	—
1921 „	72	—	—
1922 „	162	—	—
1923 „	87	—	—
1924 „	104	—	—
1925 „	142	6	4
1926 „	125	5	4
1927 „	115	10	8,7
1928 „	176	13	7,4
1929 „	195	10	5,1
1930 „	269	27	10

W styczniu roku bieżącego zarejestrowano 20 przypadków błonicy w tem 5 zejść śmiertelnych.

Powyższe dane m. Wilna, jako liczebnie zbyt małe, nie pozwalają wysnuwać wniosków pewnych. Skoro jednak przyjmiemy, że dokładność zgłaszania chorób zakaźnych w ciągu ostatnich 3—4 lat nie uległa znaczniejszym zmianom, wówczas stwierdzimy stały i równomierny przyrost przypadków błonicy. Co się zaś tyczy śmiertelności z błonicy (której wysokość wymaga potwierdzenia w ciągu lat najbliższych na materjale obfitszym), to w roku 1930 była ona niemal 2 krotnie wyższa od przeciętnej całej Polski, co możnaby tłumaczyć bądź wyższą zjadliwością zarazka błonicy na naszym terenie, za czem zdają się przemawiać spostrzeżenia klinicystów, bądź też brakiem dokładności w zgłaszaniu zachorowań przy ściślejszej rejestracji zgonów z błonicy. W każdym bądź razie widocznem się staje, że Wilno powinno się zainteresować kwestją błonicy i w jaknajkrótszym czasie wszcząć akcję racjonalnego jej zwalczania.

Walka z błonicą napotyka swoiste warunki, związane z rozpowszechnionem w niej nosicielstwem. Wiadomo, że $^3/_4$ osób, które przebyły błonicę, w okresie do 3 tygodni posiada laseczniki błonicy w jamie nosowo-gardłowej, $^1/_4$ w okresie jeszcze dłuższym, w tem

2% ozdrowieńców nawet do 3 miesięcy. Jednakże zarazki znaleźć można również wśród 3—12% zdrowej ludności i to w ciągu całych miesięcy, czyli przeliczając te dane na okres całego roku uzyskamy liczbę 15% do 30% ludności, będącej zdrowymi nosicielami laseczników błonicy w ciągu roku. Nic więc dziwnego, iż w tych warunkach aż 96,8% chorych zaraża się od nosicieli a tylko 3,2% od chorych na błonicę. Dlatego też podstawowe środki zapobiegawcze, stosowane w zwalczaniu innych chorób zakaźnych, jak ziolacja i odkażanie środowiska, w którem chory przebywał, w błonicy nie mogą dać znaczniejszych rezultatów. A chociaż zastosowanie surowicy antytoksycznej przeciwbłoniczej u chorych wykazało niezwykle skuteczne działanie (śmiertelność obniżyła się niemal dziesięciokrotnie), a wśród zdrowych pozwoliło uzyskać chwilową odporność bierną—to jednakże wzrost zapadalności i przypadków śmiertelnych w błonicy zmusiły badaczy do poszukiwania nowych bardziej skutecznych metod jej zwalczania.

W roku 1906 *Park* w Stanach Zjednoczonych osiągnął uodpornienie zwierząt przeciwko błonicy, zastrzykując im mieszaninę jadu z przeciwjadem, przyczem jad był w niewielkim nadmiarze. Metodę tę w roku 1913 zastosował *Behring* wśród dzieci w Niemczech, przyczem również używał nadmiaru jadu, przypisując mu własność wywoływania przeciwciał w ustroju. Skuteczność tej szczepionki narazie można było ocenić jedynie w okresach epidemji błonicy, gdy okazywało się, że % zapadalności wśród dzieci szczepionych był znacznie mniejszy, niż wśród nieszczepionych. Jednakże już w krótkim czasie wykrycie odczynu Schicka, pozwalające rozróżnić dzieci wrażliwe na błonicę od niewrażliwych, dostarczyło łatwego sposobu określenia odporności nabytej i potwierdziło dane statystyczne Behringa co do skuteczności działania szczepionki. W roku 1919 *Renault* i *Levy* wykazali, że użycie toksyny całkowicie zneutralizowanej antytoksyną daje te same wyniki uodparniające i od tego czasu szczepionka w tej postaci była stosowana w Ameryce i Niemczech. Jednakże posiadała ona pewne wady: 1) zjawiały się, coprawda bardzo rzadkie, objawy jadowitości po jej użyciu, wskutek odszczepienia się jadu od przeciwjadu, 2) działała ona stosunkowo powolnie, sprowadzając odporność po upływie 4 do 6 miesięcy, 3) na skutek zawartości surowicy, wymagała ostrożności przy ponownem jej wprowadzaniu ze względu na objawy nadczułości (anafilaksji), 4) wreszcie odporność wśród osobników szczepionych sięgała jedynie 90%.

Mimo to szczepionka powyższa, stosowana na szeroką skalę przez *Parka* i *Zingera* w Ameryce od lat 15, dała rezultaty dodatnie, wykazując, że osobnicy, którzy po szczepieniu uzyskali odczyn Schicka ujemny, nie chorują na błonicę, a nawet ci, co nie nabyli całkowitej odporności i pozostali z odczynem Schicka dodatnim, w stosunku do nieszczepionych wykazują zapadalność o wiele niższą, wyrażającą się liczbowo jak 1 : 9.

Wynalezienie w roku 1923 przez *Ramona*, z Instytutu Pasteura, nowej szczepionki przeciwbłoniczej t. zw. anatoksyny zainicjowało nową erę walki z błonicą. Zawartość szczepionki stanowi jad błoniczy, pozbawiony całkowicie i nieodwracalnie swej toksyczności przez dodanie nieznacznej ilości formaliny i przetrzymanie w t^0 37^0 w ciągu kilku tygodni. Anatoksyna zachowuje jednak całkowitą wartość antygenną toksyny t. j. wywołuje po zastrzyknięciu do ustroju powstanie przeciwciał. Fakt ten najlepiej charakteryzuje to, że w Instytucie Pasteura od lat kilku dla uzyskania surowicy przeciwbłoniczej zastrzykuje się koniom jedynie anatoksynę. Nie wykazuje ona braków szczepionki Behringa, nie jest toksyczna, sprowadza odporność już po 2 miesiącach i to w 99%, a nawet już po drugim zastrzyku sięga 88%, wreszcie nie zawiera w swym składzie surowicy.

Szczepionka *Ramona* znalazła szerokie rozpowszechnienie, przedewszystkiem we Francji, gdzie dotychczas zaszczepiono nią przeszło miljon dzieci, przyczem nie zanotowano z tego powodu jakichkolwiek powikłań poszczepiennych. Natomiast skuteczność działania szczepionki przejawia się w tem, że w ciągu 5 lat jej stosowania, nie zdarzył się wśród zaszczepionych przypadek śmierci z powodu błonicy, a zapadalność jest 300-krotnie niższa niż wśród nieszczepionych. Uznając świetne wyniki szczepień, Francuska Akademja Medyczna w końcu 1927 roku zwróciła się do rządu z gorącym apelem, wzywającym do szerokiego ich przeprowadzenia, przedewszystkiem wśród dziatwy szkolnej. Również w Izbie Deputowanych został złożony projekt obowiązkowego szczepienia przeciw błonicy.

Technika szczepienia anatoksyną przedstawia się następująco: Po uprzednim odczynie Schicka osobnicy wrażliwi na błonicę, czyli Schick dodatni, otrzymują 3 dawki anatoksyny, którą zastrzykuje się podskórnie. I-sza 0,5 $cm.^3$, II-ga 1 $cm.^3$, w 3 tygodnie po pierwszej, i III-cia 1,5 $cm.^3$ w 2 tygodnie później. Jeśli powyższa serja zastrzykiwań zostaje z jakichkolwiek powodów przerwana, można ją kontynuować następnie, nie wracając do początkowej dawki.

Szczepienia mogą być zasadniczo stosowane we wszystkich okresach życia, jednakże są najbardziej wskazane wśród dzieci i szczególnie najmłodszych, wyłączając okres niemowlęctwa. Dzieci poniżej 1-go roku życia najczęściej posiadają odporność bierną przeciwko błonicy, nabytą jeszcze w życiu płodowem od matki. Po tym okresie odporności, zanikającej stopniowo od 6-go do 12-go miesiąca życia, zjawia się okres największej wrażliwości dziecka, zmieniającej się następnie z wiekiem powolnie w odporność stałą, nabywaną prawdopodobnie przy lekkich zachorowaniach na błonicę. Wiek od 1 do 5 lat jest z jednej strony najbardziej czuły na błonicę, z drugiej natomiast wykazuje największy odsetek zgonów. Z tego wynika, że koniec pierwszego roku życia, względnie okres najbliżej po nim następujący, byłby najbardziej wskazany do szczepienia, dziecko bowiem zostałoby w ten sposób zabezpieczone przed grożącem mu niebezpieczeństwem.

Odczyny poszczepienne są stosunkowo słabe. Jedynie w 5 do 10 przypadków na 100 mogą się zjawić objawy miejscowe, w postaci zaczerwienienia mniej lub więcej rozległego, lub ogólne, w postaci gorączki do $38^0 - 39^0$, ogólnego osłabienia — objawy te najczęściej trwają 24 — 48 godzin i nigdy nie są niebezpieczne. Ponadto są one tem rzadsze, im młodszy jest osobnik szczepiony. Po drugim zastrzyku odczyny są nieco silniejsze.

Przeciwwskazaniem do szczepienia są stany gorączkowe ustroju, jak również choroby wysypkowe skóry.

Odporność, występująca po zastosowaniu szczepionki, zjawia się już w 2 tygodnie po pierwszym zastrzyku u 40% osobników szczepionych; w 2 tygodnie po drugim zastrzyku dosięga 85 — 88% i w tydzień po trzecim dochodzi do swego maximum 97 — 99%. Nabyta w ten sposób odporność, jak wynika z niezbyt długiego okresu jej obserwacji, trwa w ciągu kilku lat, a najprawdopodobniej pozostaje na całe życie.

Wszystkie powyżej omówione dodatnie cechy szczepionki Ramona sprawiły, że jest ona obecnie niemal we wszystkich państwach Europy w powszechnem użyciu, a także w Ameryce poczyna wypierać poprzedni rodzaj szczepionki.

W Polsce już od roku 1922 Państwowy Zakład Higjeny, doceniając skuteczność szczepień ochronnych, dążył do ich spopularyzowania. Jednakże do roku 1930 akcja ta była prowadzona w ramach stosunkowo skromnych, gdyż mimo kilkakrotnego zalecenia szczepień przez Departament V Służby Zdrowia, jedynie poszczególni

lekarze stolicy i na prowincji zajęli się tą sprawą. Dopiero w roku zeszłym wskutek alarmującego wzrostu przypadków błonicy w Warszawie został powołany specjalny Komitet, który się zajął szczepieniem przeciwko błonicy. Podobny Komitet również zorganizował się w Łodzi. Liczba szczepień dokonanych w obu tych miastach, sięga już kilku tysięcy, przyczem odporność uzyskano wśród przeszło 70% szczepionych. W większości przypadków, ze względów technicznych, stosowano jedynie 2 zastrzyki anatoksyny. Akcja szczepienia trwa nadal i rozciąga się na przeciąg całego roku.

Zachęcony dobremi wynikami szczepień Państwowy Zakład Higjeny postanowił zainicjować akcję powyższą na terenie całej Polski. W związku z powyższem w Wilnie w dniu 19.I b. r. w Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego odbyło się organizacyjne zebranie Komitetu Szczepień Przeciw Błonicy przy udziale przedstawicieli czynników zainteresowanych: Uniwersytetu, Magistratu, Kasy Chorych, Państw. Zakładu Higjeny i t. p. Wobec jednomyślności wszystkich obecnych co do konieczności rozpoczęcia na terenie Wilna akcji zwalczania błonicy został wyłoniony stały komitet, którego prezydjum stanowią: prof. W. Jasiński jako prezes, dr. L. Łukowski wiceprezes i dr. Wł. Prażmowski—sekretarz.

Zadaniem Komitetu będzie przedewszystkiem zdobycie odpowiednich, chociażby skromnych, funduszów dla rozpoczęcia działalności. Z życzliwego ustosunkowania się do akcji szczepiennej czynników, które mogą Komitetowi przyjść z pomocą finansową, (Magistrat m. Wilna, Kasa Chorych, Departament Służby Zdrowia, Wydział Pracy i Opieki Społecznej) wnosić należy, że już w niedługim czasie w Wilnie szczepienia przeciw błonicy staną się realnemi. Komitet projektuje zorganizowanie odpowiednio wyposażonej Kolumny szczepiennej ruchomej, jakoteż urządzenie kilku punktów stałych (Klinika Dziecięca, Miejski Ośrodek Zdrowia), któreby szczepiły, o ile to możliwe, w ramach budżetu instytucyj, przy którychby się mieściły, względnie były poparte subsydjami ze strony Komitetu. Wykonywanie bowiem zabiegów ze względów zasadniczych winno się odbywać bezpłatnie.

Szczepienia w pierwszym rzędzie musiałyby objąć dzieci w wieku najwłaściwszym t. j. powyżej 1-go roku. W tym czasie niemal wszystkie dzieci wykazują wrażliwość na błonicę, posiadają odczyn Schicka dodatni. W wieku 2 — 3 lat odczyn ten występuje w 83%, 4-5—61%, w początku okresu szkolnego jeszcze wynosi 50,4%. Wiek dziecka odgrywa przeto zasadniczą rolę we wskazaniach co do wykonywania

odczynu Schicka przed szczepieniem. O ile bowiem możemy go pominąć u dzieci najmłodszych, przyjmując, że wszystkie one są Schick dodatnie, to następnie wraz z wiekiem musimy go wykonywać ze względu na znaczną liczbę dzieci, które już samoistnie odporność przeciwko błonicy nabyły. Sprawa powyższa wiąże się z możliwością redukowania ilości zabiegów przy szczepieniu. Jednakże ze względu na możność uzyskania własnego materjału, stwierdzającego skuteczność przeprowadzania szczepień, należałoby wszędzie, gdzie to tylko możliwe, wykonywać odczyn Schicka zarówno przed, jak i po szczepieniu. Skoro w znajdujących się na pierwszym planie akcji szczepiennej Zakładach Dziecięcych, jak to: żłobki, ochronki, schroniska, dokonanie jednego więcej zabiegu nie napotka sprzeciwu, o tyle, szczepiąc dzieci osób prywatnych na punktach szczepiennych stałych i Stacjach Opieki, należy sprawę tę indywidualizować. W następnym okresie działalności szczepienia winny się rozszerzyć na dziatwę w wieku szkolnym. Przedewszystkiem należałoby przeszczepić pierwsze oddziały szkół powszechnych, ewentualnie dzieci nowoprzyjęte do szkoły, a następnie w miarę możności dzieci klas starszych.

W Polsce rozporządzamy dwoma rodzajami szczepionek t. zw. anatoksyną przeciwbłoniczą (B) i przeciwbłoniczo-płoniczą (BP). Ta ostatnia odznacza się stosunkowo silniejszym odczynem poszczepiennym, z tych względów sposób jej przygotowania przez Państwowy Zakład Higjeny już w czasie najbliższym ma być zmodyfikowany. Wobec tego narazie właściwsze byłoby rozpocząć szczepienia anatoksyną B, by w samym zaraniu akcji nie zrażać opinji publicznej.

Ze względu na to, że szczepienia mogą być w obecnych warunkach wykonywane jedynie dobrowolnie, przeto zasadniczą podstawą ich powodzenia może się stać energicznie i na szeroką skalę prowadzona propaganda. Z jednej strony musi być w tym celu wykorzystana droga uświadomienia rodziców przez odpowiednie broszury, odezwy, plakaty, artykuły w prasie codziennej, radjo i t. p. z drugiej natomiast jest wskazane bezpośrednie wyjaśnienie i zalecenie szczepienia przez lekarzy, mających możność bliższego zetknięcia się z rodzicami. Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem, oraz szkoły powinny się stać podstawowemi punktami w urabianiu właściwej opinji o szczepieniu wśród ogółu. Z tego wypływa ważna pod tym względem rola lekarzy chorób dziecięcych wogóle, a lekarzy stacyjnych i szkolnych w szczególności.

Nie mogąc chwilowo zbytnio liczyć na akcję wśród dzieci, zgłaszających się na punkty szczepienne prywatnie, należy, poza za-

kładami zamkniętemi, odpowiednio nią pokierować w szkołach. Tutaj należy o czasie szczepienia, wykonywanego w szkole, powiadomić rodziców pismem, wyjaśniającem równocześnie użyteczność szczepienia, a następnie wszystkie dzieci szczepić, zwalniając od szczepienia te, których rodzice zgłoszą wyraźny sprzeciw. Stanowiłoby to pewnego rodzaju formę pośrednią między dobrowolnem i obowiązkowem szczepieniem. Znając obawy rodziców przed zachorowaniem dzieci ich na błonicę, można wnioskować, że przy odpowiedniej propagandzie, potwierdzonej danemi liczbowemi, nietylko uzyska się ich łatwą zgodę na szczepienie, ale będzie ono przyjęte przez nich z radością, jako dobrodziejstwo nauki, którego powszechne zastosowanie może doprowadzić do zupełnego zniknięcia tej strasznej dla dziecka choroby.

Vaccination antidiphtérique.

D-r WŁADYSŁAW PRAŻMOWSKI.

Se basant sur les chiffres des cas de diphtérie dans quelques pays étrangers ainsi q'en Pologne l'auteur constate son accroissement au cours des dernières années. Cet accroissement se fait aussi observer à Wilno. La découverte du nouveau vaccin, — anatoxine antidiphtérique, par Ramon, ayant obtenu de brillants résultats, avait incité à entreprendre une action en bloc pour combattre la diphtérie grâce aux vaccinations préventives. On vient d'organiser en Pologne dans plusieurs villes des comités pour réagir efficacement contre la diphtérie. Au debut de l'année courante un comité de ce genre s'était formé à Wilno. Il est composé des autorités du pays, de représentants de municipalité et d'autres organisations sociales. Après avoir obtenu des fonds nécessaires le comité a l'intention d'entreprendre à bref délai la vaccination antidiphtérique parmi les enfants des établissements fermés, dans les écoles et parmi les particuliers.

Protokóły posiedzeń Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

Posiedzenie naukowe z dnia 3 XII 1930 r.

Przewodniczący Prof. *J. Szmurło.*

Obecnych 15 członków T-wa i 12 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Doc. Dr. *T. Wąsowski*—pokaz 5-cioletniego chłopca z wargą zajęczą i rozszczepieniem podniebienia twardego; choremu wykonano skuteczny zabieg operacyjny, który doprowadził do zrośnięcia wargi zajęczej; po pewnym czasie będzie dokonana operacja, mająca na celu usunięcie rozszczepienia podniebienia twardego.

3. Dr. *S. Lewande* — wygłosił odczyt w sprawie zapaleń opon mózgowych, jako powikłania ostrego zapalenia ucha środkowego.

Dyskusja: Prof. *J. Szmurło* podnosi, iż temat poruszony przez prelegenta jest niezmiernie ważny dla otjatrów, gdyż, jakkolwiek zapalenie opon mózgowych, jako powikłanie ostrego zapalenia ucha środkowego, jest stosunkowo dość rzadkie, jest jednak niebezpieczne, prowadzi bowiem zazwyczaj do zejścia śmiertelnego.

Droga, jaką przebywa zarazek, prowadzi prawdopodobnie poprzez przestrzenie kostne, znajdujące się między uchem środkowem a oponą miękką.

Trudno dać odpowiedź, czy wczesna operacja może zapobiec procesowi zapalenia opon mózgowych, wszystko bowiem zależy od tego, jak daleko posunął się na tej drodze proces chorobowy. Można tu wskazać na analogję z zapaleniem wyrostka robaczkowego, gdzie operacyjne usunięcie ogniska zapalnego nie zawsze doprowadza do wyzdrowienia, a pociąga za sobą niekiedy zapalenie otrzewny wskutek prawdopodobnie przechodzenia zarazka chorobotwórczego poprzez naczynia chłonne jamy brzusznej.

O ile sprawa dotyczy procesu ropnego w wyrostku sutkowym, należy wykonywać bezwzględnie wczesny zabieg operacyjny, zwłaszcza kiedy są bóle w wyrostku z wyraźnem umiejscowieniem w wierzchołku; w tych przypadkach stwierdza się zazwyczaj zmiany w wyrostku. Za wczesnym zabiegiem operacyjnym w podobnych przypadkach przemawiają statystyczne dane zarówno z kliniki Wrocławskiej, jak i obserwacje własne.

Powikłania pooperacyjne mogą występować niejednokrotnie z powodu niemożności dotarcia w czasie operacji do wszystkich komór,

skąd zakażenie może dalej postępować, prawdopodobnie drogą naczyń limfatycznych.

Dla ilustracji mówca przytacza przypadek z własnej kliniki: chory, mężczyzna, lat 40 przybył do kliniki po 4-ch dniach istnienia zapalenia ucha środkowego, z bólami wyrostka sutkowego; u chorego stwierdzono ogólne podrażnienie nerwowe oraz stan meningizmu. Ciepłota ciała podniesiona, silne bóle głowy.

Dokonano trepanacji, mastoidektomji, wszystkie komory opróżniono z ropy. Po operacji ciepłota spadła, ogólny stan chorego poprawił się znacznie. Następnego dnia po operacji ciepłota podniosła się do 39°, wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych. Dokonano rewizji rany oraz zrobiono nakłucie lędźwiowe — płyn mętny pod wielkiem ciśnieniem; wypuszczono 20 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego. Chory po 10-ciu minutach zmarł wobec objawów porażenia ośrodka oddechowego. Na sekcji zmian histologicznych na dnie 4-ej komory nie stwierdzono.

Dr. *Cz. Czarnowski* jest zwolennikiem wczesnej operacji w przypadkach, kiedy chodzi o przypuszczenie istnienia *meningitis othogena* zwłaszcza, że sam proces zapalenia opon mózgowych kończy się zazwyczaj fatalnie dla chorego. Uważa, iż w przypadkach, kiedy po paracentezie ciepłota ciała się nie obniża i bóle głowy trwają nadal, należy wykonywać rychły zabieg operacyjny.

Dr. *S. Lewande* — w ciągu pierwszych dni istnienia procesu zapalnego operacja może nie dać pożądanych wyników; wchodzi tu w grę stosunek odporności ustroju do zjadliwości bakteryj. Odporność ustroju w tym przypadku, jak zresztą i w wielu innych, odgrywa bardzo ważną rolę. Dzięki należytej odporności ustroju kończą się pomyślnie nawet te przypadki, kiedy oczyszczenie wszystkich komór w czasie zabiegu nie mogło być przeprowadzone.

4. Dr. *E. Globus* — wygłasza 150 przypadków grzybicy głowy u dzieci, leczonych talem.

Dyskusja: Prof. *S. Siengalewicz* podaje, iż zatrucie talem przebiega podobnie, jak zatrucia ołowiem albo arsenem; tal działa na wszystkie narządy miąższowe, wywołując m. inn. zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, wątroby i zapalenia kłębuszków nerkowych. Zdaniem *Dixona* — tal jest dla układu wegetacyjnego tem, czem jest strychnina dla rdzenia, ponadto tal działa na gruczoły dokrewne.

Na sekcji dziecka, zatrutego talem, strwierdzono przekrwienie mózgu, wynaczynienie na błonach śluzowych, zapalenie mięśnia ser-

cowego, przekrwienie we wszystkich narządach; ponadto u dziecka, które liczyło 3 lata 8 mies., waga grasicy wynosiła 52 gramy.

Przy stosowaniu talu, którego należy używać z wielką oględnością, należy się liczyć z podwójną idjosynkrazją ustroju, a to ze strony systemu nerwowego i narządów miąższowych.

Prof. *Malinowski* w dyskusji nad odczytem Dr. Globusa zwraca przedewszystkiem uwagę: 1) że statystyka prelegenta i wogóle ocenianie przebiegu i wyników leczenia nie mogą być ściełe, bo operują materjałem ambulatoryjnym i to w sferach mało kulturalnych, 2) że odkażanie rozczynem sublimatu powierzchni głowy po epilacji chybia celu ze względu na patologję grzybic, 3) usuwanie włosów maścią z kalafonji należy do rękoczynów nadmiernie bolesnych w stosunku do innych, któremi może być zastąpiony.

W leczeniu grzybic powierzchni owłosionej głowy najważniejszą sprawą jest dokładna epilacja. W tym celu prof. *M.* stosuje oddawna *larga manu* promienie Roentgena. Skutek jest bardzo dobry i uboczne działanie rzadkie i nieznaczne: przejściowe bóle głowy i nieodrastanie miejscami włosów. Zresztą ten ostatni objaw, spostrzegany szczególnie podczas wojny ze względu na wadliwą konstrukcję lamp, obecnie, po wprowadzeniu amerykańskich lamp Coolige'a i udoskonaleniu techniki, jest prawie niespotykany.

Ze względu na to, iż instalacje Roentgenowskie są kosztowne, a więc nie dla wszystkich dermatologów dostępne, octan talu mógłby zastąpić naświetlanie lampami Roentgena i udostępnić leczenie grzybic nawet na zapadłej prowincji, — stąd zainteresowanie tą sprawą przez dermatologów.

Jednak tal należy do grupy metali ciężkich, o działaniu podobnem do arszeniku i fosforu, i w toksycznych dawkach, bardzo zresztą zbliżonych do epilacyjnych, wywołuje w narządach wewnętrznych, niezbędnych dla życia ustroju, *degenerationem parenchymatosam*. Przytem efekt leczniczy — usuwanie włosów — osiągamy przez silne zaatakowanie układu współczulnego i gr. dokrewnych oraz siateczkowośródbłonkowego, — co jeszcze bardziej osłabia odporność ustroju; możliwe jest więc jego zatrucie w pewnych razach n. p. wobec istniejących już zmian w powyższych układach, nawet po podaniu jednorazowej dawki leczniczej.

W razie zachowania wielkiej ostrożności w dawkowaniu, ścisłej i stałej kontroli i obserwacji niebezpieczeństwo odnośnie życia może się zdarzać tylko wyjątkowo, — jak to n. p. bywa po umiarkowanych dawkach neosalvarsanu — *encephalitis haemorrhagica*, — a pomimo tego jesteśmy uprawnieni do stosowania tego środka.

W klinice zdecydowano się podawać octan talu po bardzo długim namyśle i bardzo ostrożnie, a więc wyłącznie u chorych stacjonarnych, po dokładnem zbadaniu stanu wszystkich narządów przez odnośnych klinicystów i pod ścisłą kontrolą i ciągłą obserwacją.

Nigdy zaś nie odważonoby się stosować octanu talu u chorych ambulatoryjnych, gdyż, ze względu na bezpieczeństwo życia ludzkiego, uważamy to jeszcze obecnie za bezwzględnie przeciwwskazane.

Dr. *W. Wołodźko* zaczął stosować tal u chorych szpitalnych w dawkach po 0,006 na kilogram. Stwierdził szereg objawów ubocznych, a u jednej pacjentki wystąpił nawet stan dość groźny wobec podniesienia się ciepłoty ciała, zjawienia się białka w moczu oraz wystąpienia zapaści: chorą udało się uratować. Tal lepiej znoszą dzieci w wieku 3 — 4 lat, u starszych dzieci stosowanie tego preparatu jest mniej bezpieczne. Promienie Roentgena, nie wpływające na ogólny stan chorego i nie dające powikłań w czasie ich stosowania, są chętniej stosowane przez mówcę.

Dr. *M. Mienicki.* Okres entuzjazmu stosowania talu w chorobach grzybicy głowy obecnie już mija. Buschke stosuje już obecnie pół dawki talu, a następnie naświetla promieniami Roentgena. W Grenadzie zanotowano wypadki śmierci w przytułku po podaniu talu. Wpływ talu w zależności od wieku pacjenta dotychczas nie został ostatecznie wyjaśniony. Mówca jest zdania, iż należy stosować tal z wielką rezerwą i to tylko u chorych szpitalnych.

Dr. *E. Globus* stwierdza, iż w większości przypadków, podawanych w piśmiennictwie, tal jest stosowany u chorych ambulatoryjnych. Tal jest niebezpieczny tylko wtedy, kiedy jest podawany w zbyt dużych dawkach, uszkodzenia po talu mają zazwyczaj charakter przejściowy. Niepowodzenia w kuracji Buschke'go mówca tłumaczy zbyt małą dawką podawanego leku.

E. Czarnecki.

Posiedzenie naukowe z dnia 14/I—1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.* Obecnych członków T-wa 33 oraz 8 gości.

Otwierając pierwsze posiedzenie w 126 roku istnienia Towarzystwa, Prof. *Michejda* dziękuje zebranym za zaszczycenie obrania go prezesem T-wa, oraz w imieniu całego T-wa winszuje Doc. Safarewiczowi godności sekretarza stałego.

Prezes podkreśla, że będzie dążył do jaknajściślejszego zespolenia wszystkich specjalności i dziedzin pokrewnych na terenie T-wa

naukowo-lekarskiego. W tym celu ilość posiedzeń zostaje zwiększona i obecnie będą się one odbywały co tydzień we środy (prócz dni świątecznych). Pierwszy wykład z dziedziny pokrewnej projektowany jest na dzień 11.II—1931 r. — wygłosi go Prof. Weyssenhof. W celu umożliwienia demonstracji chorych niektóre posiedzenia T-wa będą się odbywały w Klinikach i Szpitalach. To są zamierzenia, które Zarząd na rok przyszły przedsięwziął.

Następnie Prezes zawiadamia o zgonie Profesora ś. p. Bronisława Sawickiego w Warszawię, znanego i wybitnego chirurga, pioniera nauki polskiej, członka honorowego Wil. T-wa Lek. i stałego sekretarza Warszawskiego T-wa Lek. Na ręce wdowy i do Warszawskiego T-wa Lekarskiego wysłano kondolencyjne depesze. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Dr. A. Wirszubski wygłosił odczyt „z kazuistyki operowanych guzów mózgowych". Prelegent opisał swe własne spostrzeżenia dotyczące dwóch przypadków nowotworów mózgowych mianowicie: prawego płatu czołowego i lewego płatu czołowego, w obu przypadkach była dokonana operacja przez Profesora Puussepa. Odczyt ukaże się w całości w druku w Nowinach Lekarskich.

III. Dr. Zaleski W.: „Heterotopia doświadczalna tkanki macicznej u króliczek i świnek morskich".

W okresie od 6.XII—1929 r. do 16.XI — 1930 r. prelegent wykonał w Zakładzie Histologji Uniwersytetu Strasburskiego 100 wszczepień kawałków ścianki lub całych odcinków rogu macicy u 50 króliczek i 3 świnek morskich.

Wszczepienia te obejmowały następujące grupy:

I.—pozaotrzewnowe: a) do tylnej komory oka — 5, b) pod spojówkę powiek — 5, c) do gruczołu tarczowego — 5, d) do gruczołu mlecznego — 1, e) do nerki — 4, f) do powłok brzusznych i w tkankę podskórną — 4.

II. — Do klatki piersiowej: a) na powierzchnię płuca — 1, b) na opłucną ścienną — 3, c) na opłucną przeponową — 1.

III — Do jamy brzusznej: a) b) c) do otrzewnej ściennej, sieci lub krezki jelita — 19, d) e) na powierzchnię jelita cienkiego lub grubego — 16.

IV — Do narządów miąższowych i trzustki: a) do wątroby — 3 b) do śledziony — 5, c) do trzustki — 5.

V. — Do narządów płciowych: a) do jajnika — 4, b) do trąbki — 3, c) do rogu macicy — 10, do pochwy — 5.

Na ogólną liczbę 100 wszczepień 66 wypadło dodatnio, a 34 ujemnie. Znaczny odsetek niepowodzeń należy tłumaczyć metodyką wszczepienia (liczne doświadczenia ze wszczepieniem miażdżonej tkanki macicznej), a także pewnemi błędami technicznemi.

Wszczepiona śluzówka wykazywała przejawy cykliczne w 26 wypadkach. Energiczne zmiażdżenie tkanek w 15 przypadkach wpłynęło ujemnie na wynik wszczepienia, a 16 zaś przypadkach zmiażdżenie słabe lub mierne prowadziło do wytwarzania się torbieli i tworów gruczołowych wgłębionych do mięśniówki. Na podstawie dokonanych doświadczeń prelegent przychodzi do następujących wniosków:

1) Tkanka maciczna może być z powodzeniem wszczepiona niemal do wszystkich tkanek i narządów, co świadczy o dużej jej żywotności.

2) Wszczepiona tkanka maciczna, a przedewszystkiem jej śluzówka, wykazuje właściwą jej czynność wydzielniczą i podlega w odpowiednich warunkach zmianom cyklicznym pod wpływem działania hormonu ciałka żółtego.

3) Odpowiednie unaczynienie wszczepionej tkanki macicznej jest jednym z podstawowych warunków zachowania czynności wszczepionej śluzówki.

4) Najbardziej cierpi we wszczepionej tkance podścielisko śluzówki.

5) Tkanka maciczna może być również wszczepiona z powodzeniem do różnych odcinków narządu rodnego, wysłanych śluzówką (do trąbki, rogu lub pochwy).

6) Polipowate postacie wszczepienia, w których sluzówka nie jest zgnieciona przez otoczenie, wykazują mniejsze zmiany destrukcyjne, co manifestuje się żywym jej udziałem w zmianach cyklicznych.

7) Bardzo energiczne miażdżenie tkanek szczypczykami Kocher'a niszczy je i nie sprzyja wszczepieniom śluzówki. Słabe zaś i mierne miażdżenie, rozpraszając elementy nabłonkowe, sprzyja powstawaniu szeregu torbieli i tworów gruczołowych w głębokich warstwach mięśniówki.

8) Doświadczenia te obalają pewne zarzuty stawiane teorji Sampsona, oparte na niesłusznem twierdzeniu, że wszczepiona śluzówka nie jest zdolna do zmian cyklicznych, lub że nie mogą kawałeczki śluzówki macicy wszczepiać się lub być wszczepione do trąbek.

9) Potwierdzają opinję Dahl-Iversena, że pierwotna teorja Sampsona powinna być zmodyfikowana, gdyż o ile nabłonek śluzówki macicy zdolny jest do samowszczepienia, to nie izolowany, a oddzielony z tkanką podścieliskową.

10) Doświadczenia te nie mogą służyć do poparcia teorji Sampsona, gdyż nieobalonym zostaje zarzut, że miesiączkująca błona śluzowa macicy ulega tak znacznej martwicy, że nie jest zdolna do samowszczepiania.

[Streszczenie własne; referat został umieszczony w Zesz. 1—3 T. X Ginek. Pol. r. 1931].

W dyskusji Prof. Jakowicki podkreśla duże teoretyczne znaczenie dokonanych przez prelegenta doświadczeń (zmiany cykliczne, działalność wydzielnicza śluzówki macicy w zmienionych warunkach otoczenia i t. p.).

Doświadczenia tego rodzaju mają również znaczenie i praktyczne w związku z pewnemi postaciami chorobowemi u kobiet: ciąża pozamaciczna, torbiele smołowe jajników, ogniska adenomyosis w jamie brzusznej lub miednicy małej, wreszcie wyjaśniają konieczność całkowitego usunięcia schorzałych trąbek lub bardzo energicznego miażdżenia macicznego końca usuwanej trąbki.

Doc. *Czarnecki* — Doświadczenia prelegenta są interesujące ze względu na to, że nie tylko wykazują możność transplantowania błony śluzowej macicy do takich tkanek, jak płuca, opłucna i t. d., lecz pozwalają również obserwować cykliczne zmiany, jakie występują w błonie śluzowej macicy po jej transplantacji.

Istnieje w tym przypadku zjawisko czynności życiowych w tkance przeszczepionej, podobnie jak się obserwuje funkcjonowanie transplantowanych gruczołów dokrewnych, m. in. gruczołów przytarczycznych, które przeszczepione do tkanki poskórnej ucha zwierzęcia, jak to uczynił Gley, funkcjonowały nadal sprawnie, nie powodując w ustroju zaburzeń, które występują zazwyczaj po całkowitem usunięciu tych gruczołów.

Dr. *W. Zaleski* w odpowiedzi Doc. *Czarneckiemu* zaznacza, że chociaż wszczepiona śluzówka w końcowem stadjum ulega zanikowi wskutek ucisku gromadzącą się wydzieliną śluzową i zaburzeń w odżywianiu, nie mniej jednak zachowuje swoją zdolność życiową i czynność jej właściwą w przeciągu stosunkowo długiego okresu czasu, co wykazały badania Stillinga, oparte na 5-cioletniej obserwacji. Na zapytanie, czy wszczepiona śluzówka zdolna jest tylko jednokrotnie do przejawów cyklicznych czy też wielokrotnie, prelegent odpowiada, że bezwarunkowo przejawy cykliczne występują wielokrotnie.

Tego rodzaju twierdzenie oparte jest z jednej strony na obserwacji referenta trwającej przez czas dłuższy (do 144 dni) podczas którego ruja i stosunek płciowy powtarzały się kilkakrotnie.

Z drugiej zaś strony w innej pracy [W. Buchheim i W. Zaleski—Hormones sexuelles et système nerveux sympathique—Bulletin d. la soc. de Biologie 1929, tom 104, str. 896] referent, robiąc powtórne wycinki wykazał, że wszczepiona śluzówka i w drugiej generacji ciałka żółtego wykazuje typowe zmiany cykliczne.

A. Zalewski.

Posiedzenie naukowe z dn. 21.I. 1931 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych: członków 24, oraz 22 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Korespondencje: Prezes odczytuje pismo Wydziału Zdrowia o kursach dokształcających dla lekarzy w Warszawie, komunikuje, iż 11 lutego przez prof. *Weyssenhoffa* zostanie wygłoszony I wykład przyrodniczy na temat: „Nowe poglądy na budowę materji".

3. Demonstracja: Prezes demonstruje dziecko lat 10 z osteomatem, wychodzącym z obwodowego odcinka kości promieniowej.

4. Doc. *Abramowicz* a) wygłasza odczyt p. t.: „O stwierdzeniu objawu Bella zapomocą diaphanoscopji", wraz z demonstracją odpowiednich 2-ch chorych. Rzecz ukaże się w druku. b) Pokaz chorych z Kliniki okulistycznej.

Dr. *Markiewicz.* Pokaz chorej 75-letniej, Polki, stałej mieszkanki m. Wilna, która zgłosiła się do Kliniki Ocznej 16.I rb. Chora podaje, że przed rokiem uderzyła się sękiem w lewą skroń. Przed miesiącem wypadkowo zauważyła, że okiem lewem nie widzi. Badanie oka lewego wykazało: brak środkowego widzenia, przy wziernikowaniu — widoczna czarna wyniosła plama w głębi komory tylnej, przykrywająca tarczę nerwu wzrokowego o granicach ostrych i nieregularnych; intensywność zabarwienia plamy tej w różnych miejscach jest niejednakowa, — zapomocą diaphanoscopji stwierdzono guz, wychodzący z tylnego odcinka dna oka, przykrywający tarczę nerwu wzrokowego, o granicach ostrych, lecz nierównych; zabarwienie tego guza jest czarne, miejscami jasniejsze, dolno-zewnętrzny jego odcinek graniczy z niewielkiem odbarwionem polem dna oka.

Jest to prawdopodobnie nowotwór wewnątrz-gałkowy o charakterze melano-sarcomatu, wychodzący przypuszczalnie z naczyniówki. Rozpoznanie, oraz dokładne miejsce wyjścia nowotworu wykaże badanie anatomo-patologiczne, które będzie przeprowadzone, po ewentualnem wyłuszczeniu gałki ocznej.

Dr. *Czarnecki* w dyskusji zapytuje: czy w danym przypadku nie wystarczała oftalmoskopja do rozpoznania i czy koniecznie było badanie zapomocą diafanoskopji?

W odpowiedzi Dr. *Markiewicz* komunikuje, iż rozpoznanie za pomocą wziernikowania aczkolwiek możliwe, — jest trudne, gdyż z powodu większych rozmiarów i czarnego zabarwienia nowotworu dno źle się oświetla, oraz, że wziernikując widzimy tylko pewne małe odcinki dna, natomiast zastosowanie diafanoskopji daje nam oświetlone całe wnętrze oka i dokładną ocenę zachowania się miejsca patologicznego w stosunku do otaczających go części dna oka, jak również i jego wyglądu.

5. Prof. dr. *K. Michejda*: Zapalenie wyrostka robaczkowego na podstawie materjału Wileńskiej Kliniki Chirurgicznej Cz I.

Rzecz przeznaczona do druku.

Dyskusję odłożono do czasu ukończenia wykładu.

Na tem posiedzenia zamknięto.

A. Zalewski.

Posiedzienie naukowe z dnia 28.I 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych członków 22 oraz 29 gości.

Przewodniczący informuje o zmianie porządku dziennego posiedzenia z powodu nieprzybycia do Wilna Dr. *Starkiewicza*. W miejsce Dr. *Starkiewicza*, wygłosi odczyt Dr. *Prażmowski* p. t. „Zwalczanie błonicy".

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Prof. *Michejda* przedstawia dziecko 4-ro miesięczne po operacji dokonanej z powodu guza prawej nerki. Wycięto drogą brzuszną guz wagi 500 gr. (mięsak).

Przebieg pooperacyjny w pierwszych dniach był bardzo ciężki. Badanie histologiczne wykazuje utkanie mięsakowate. Rokowanie uważa za wątpliwe ze względu na rodzaj nowotworu.

III. Dr. *Trzeciak* demonstruje chorego z oddziału chirurgicznego Szpitala Św. Jakóba z omówieniem dwu przypadków zranienia jelit grubych wraz z cienkiemi a w jednym z nich jeszcze i nerki.

Chory S. Z., lat 21, dnia 12.XII roku ub. był zraniony nożem w klatkę piersiową i jamę brzuszną, sam przyjechał do Pogotowia, gdzie lekarzowi z trudem udało się namówić chorego do udania się do szpitala. W dwie godziny po wypadku stwierdzono przy badaniu: P. 70, samopoczucie dobre, język wilgotny, brak wymiotów, na X

żebrze prawem, na 2 palce od wyrostków kolczastych kręgosłupa ranę $^{3}/_{4}$ ctm. drugą zaś ranę $1^{1}/_{2}$ ctm. o brzegach równych, rozwartych na prawej stronie podbrzusza pośrodku linji, łączącej kolec przedni górny z pępkiem, drążącą w głąb, gdzie widoczny mięsień prosty, poza tem niedużą bolesność wokół rany i ku górze od niej, a także opór mięśniowy; laparotomia — rana otrzewny zatamponowana siecią; po otwarciu otrzewny—mętnawy cuchnący kałem płyn w jamie brzusznej, następnie stwierdzono dwie rany — w jelicie wstępującem wielkości $^{3}/_{4}$ ctm. i jedną mniejszą w jelicie cienkiem, które zaszyto trzypiętrowym szwem, obmycie eterem, nalanie takowego do jamy brzusznej, sączek w dolną część rany — przebieg bez powikłań. Drugi przypadek dotyczy chorego A. L., lat 21, rannego bagnetem typu francuskiego (jak się później wyjaśniło) w dniu 6.X. roku ub. na zabawie; rana wejściowa wielkości 1 ctm. o brzegach równych na linji łopatkowej lewej na XI żebrze; lekarz kierujący chorego uważał zranienie za lekkie i nie radził wzywać ordynatora (oba przypadki dostarczono koło 2-ej w nocy), lecz lekarz szpitalny W. Pietkiewicz po zbadaniu chorego, mając wątpliwości, zawiadomił ordynatora. Przy badaniu stwierdzono: T^{0} 37, P. 72, samopoczucie dobre, brak nudności i wymiotów, chory podaje tylko, że go „kiszki bolą“, bolesność okolicy lewej nerki i wrażliwość jamy brzusznej, płuca — nihil., kontrola moczu dała dużą domieszkę świeżej krwi; po pewnem wahaniu — laparatomia po linji środkowej, krew w jamie brzusznej, część jelit wzdęta i nastrzyknięta, rana otrzewny przyściennej bocznej 1 ctm. dwie rany w jelicie grubem w części, odpowiadającej kątowi lewemu, dwie rany w jelicie cienkiem w odległości 1 ctm. od dwunastnicy, dwie rany w krezce esicy, ranka na tylnej ścianie brzusznej z dużem podbiegnięciem w okolicy dolnej cz. nerki lewej; zaszycie ran, wytarcie eterem, sączek w dolną część rany operacyjnej, przebieg gładki, wypisał się po trzech tygodniach.

Omawiane przypadki zasługują na uwagę nietylko ze względu na dobre zejście po zranieniu jelit grubych, które to zranienie przez jamę brzuszną uważać należy za bardzo ciężkie, lecz także i na to, że „sądy“ możliwie objektywne naprowadziły na prawidłową drogę postępowania pomimo b. małych objawów chorobowych przy badaniu i nawet trudnego (jak w drugim przypadku) powiązania możliwości zranienia kilku organów, znajdujących się w różnych płaszczyznach i powierzchniach, co możliwe było tylko przy przegięciu się chorego tak, że wytworzył się kąt między klatką piersiową i brzuchem; w końcu Dr. T. podkreśla, że hołduje zasadzie, iż w przypadkach

podejrzanych należy otwierać jamę brzuszną i lepiej pomylić się i dokonać laparatomji niepotrzebnie, gdyż przeoczenie lub wyczekiwanie w wypadkach zranienia organów jamy brzusznej da napewno zejście w większości wypadków złe.

Dyskusja: Prof. *Michejda* podkreśla, że w przypadkach, gdy jelito grube wypełnione jest twardemi masami kałowemi, zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia takiego jelita może się rozwijać z pewnem opóźnieniem. Dlatego zasada próbnego otwarcia jamy brzusznej w przypadkach podejrzanych o zranienie jelita, a niewykazujących ostrych objawów otrzewnowych przy zranieniach jelita grubego, musi być bezwzględnie przestrzegana.

IV. Dr. *Prażmowski* wygłosił referat: „Zwalczanie błonicy", (druk. w Pam. Wil. Tow. L. z. I 1931).

Dyskusja: Dr. *Karyszkowski* zaznacza, że próby Schicka w praktyce najczęściej nie daje się zastosować. Prócz tego, można szczepionkę stosować donosowo, sposób taki ma tę wyższość, że jest niebolesny.

Dr. *Fejgenberg* zwraca uwagę na metodę *Lewenstein'a*, polegającą na stosowaniu szczepionki w postaci maści.

Dr. *Zienkiewicz* podkreśla korzyści stosowania szczepionki za pomocą wstrzykiwań. Matki i dzieci daje się dość łatwo do tego namówić.

Dr. *Łukowski* podkreśla, że w błonicy zwykle bywają cykle z większą i mniejszą śmiertelnością; obecnie przeżywamy cykl złośliwej błonicy i już chociażby z tego względu warto jest stosować szczepionkę w Wilnie; szczepienia ochronne muszą być robione b. skrupulatnie po zastosowaniu kontrolnej próby Schicka, bo tylko wówczas można uzyskać pewne wytyczne.

Dr. *Prażmowski* w odpowiedzi stwierdza, że narazie szczepienia będą robione wedle oryginalnej metody Ramona, być może z biegiem czasu metodę tę da się nieco zmienić. Próby stosowania szczepionki do nosa czynione są w Warszawie, lecz o działaniu jej jeszcze mówić przedwcześnie. Co do wcierań szczepionki w postaci maści to okazuje się, że szczepionka wówczas nie wywiera wpływu skutecznego, na co zwrócono już uwagę na ostatnim zjeździe epidemjologicznym.

V. Dr. *Zienkiewicz*: „Sprawozdanie z działalności kolonji sezonowej w Busku w 1930 r." Kolonja czynna jest od I.V do I.X każdego roku; w roku 1930 korzystało 1050 dzieci. Sprawozdanie obejmuje

920 — reszta przeszła do pawilonu stałego. Chłopców 459, dziewczynek 461; chrześcijan 847, mojżeszowego 73. Przeważają dzieci klas robotniczych i mało zamożnych. Z kąpieli korzystało 95,8%, razem kąpieli 10.809, przeciętnie 12 na każde dziecko, okładów błotnych 497. Dzieci kąpane są w łazienkach zdrojowych. W roku bieżącym wybudowano basen i urządzono plażę, gdzie dzieci gołe mogły korzystać z kąpieli na wolnem powietrzu, ścianka jest ogrzewana przy pomocy pieców rurowych.

Wszystkie dzieci szybko się poprawiają, jędrnieją, opalają się, przybierają na wadze, przeciętny przyrost 1.83 kg., chłopców—1.66 kg., dziewczynek—2.00 kg.

Odcz. Pirqueta	dokonano	590,	dodatnich	362=61.4%.
Odcz. Dicków	„	502	„	45= 8.9%.
Odcz. B-Wasser.	„	38	„	6=15.8%.

Stosowano opatrunki, opatrunki gipsowe, zdjęcia Roentgena we własnym gabinecie.

Powikłania: Z chorób zakaźnych było: Szkarlatyna 2. Odra 4. Błonica 1. Róża 1. Koklusz 2. Ospa wietrzna 1. Angina 62. Zapalenie płuc 3. Grypa 8. Nagminne zapalenie przyusznicy 2.

W dyskusji prof. *Michejda* zapytuje, czy dzieci ze zwichnięciem wrodzonem biodra były kierowane do Buska omyłkowo i w jakim były wieku.

Dr. *Baranowski* zapytuje, jak izolowano chorych na odrę.

Dr. *Zienkiewicz* w odpowiedzi prof. *Michejdzie* mówi: „że przypadki z wrodzonem zwichnięciem stawu biodrowego były w wieku od 6 — 10 lat; po wykąpaniu w solance wypisano je do domu. Dr. *Baranowskiemu*. Izolacja odry naogół jest trudna, jednak zasada izolacji dzieci natychmiast po stwierdzeniu wysokiej gorączki pozwala prawdopodobnie do pewnego stopnia zahamować rozszerzenie się infekcji. Możliwe, że na wolnem powietrzu virus odrowy traci swoją siłę, czego przykładem jest jeden przypadek odry, który się znajdował w okresie przedwysypkowym wśród dzieci, z których znaczna ilość nie przechodziła odry—izolowano go w przeddzień wysypki—nowych zachorowań pomimo to nie było. Możliwe, że miał tu wpływ zwiększony ruch powietrza, gdyż dzieci te znajdowały się w prowizorycznym namiocie nieoszklonym i bez drzwi".

Sekretarz: (—) *M. Mienicki.*

Posiedzenie naukowe z dn. 4.II—1931 r.

Przewodniczący Prof. dr. *K. Michejda*. Obecnych członków 25 oraz 14 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Wybory nowych członków. W głosowaniu tajnem jednogłośnie zostali wybrani na członków T-wa: Prof. dr. *Kazimierz Pelczar*, Prof. dr. *Feliks Malinowski*, Prof. dr. *Stanisław Hiller*.

III. Demonstracja. Dr. Rywkind demonstruje 2 chorych, którym dokonano antrotomji z powodu ropnego zapalenia wyrostka. Rany zaszyto wg. metody Szejbego. Zagojenie nastąpiło doraźnie na 5-ty i 7-my dzień. Metoda ta zwalnia chorego od bolesnych opatrunków, skraca czas leczenia pooperacyjnego. Średnio po 2-ch tyg. wypisujemy chorego i tem dajemy mu możność jaknajprędzej wrócić do swego zajęcia. Wyniki kosmetyczne są daleko lepsze. Nie obawiamy się jej stosowania przy obnażeniu opony twardej i zatoki. Nie stosujemy jej w przypadkach podeszłego wieku, wycieńczenia, niewykrytego empyematu oraz powikłań wewnątrzczaszkowych.

Dyskusja. Prof. Szmurło: w Klinice Otolaryngologicznej Uniw. Wileńskiego ranę po operacji mastoidotomji zawsze się zaszywa, nigdy całkowicie, częściej w 4/5 jej długości. W dolnej części rany zwykle pozostawia się sączek usuwany na trzeci dzień. Rana goi się naogół po 8 — 15 dniach; niekiedy wszakże u osób starszych zjawia się w kilka dni po zagojeniu jakgdyby zaostrzenie. Występuje obrzmienie i bolesność wyrostka sutkowego. Obostrzenie to wszakże zwykle przechodzi pod wpływem ciepłych okładów.

Dr. *Zarcyn*. Omawiana metoda ma swoją historję, rozpoczynającą się od tych czasów, kiedy chirurdzy zaczynali stosować antyseptykę. Sam brałem udział w r. 1901 w operacji, dokonywanej z powodu zapalenia szpiku kostnego barku. Chirurg krwi nie usuwał, lecz zeszywał wydłótowaną i wypełnioną krwią jamę, co wykonywał zwykle z dobrym wynikiem.

Dr. *Lewande*. W ciągu dwu lat stosowania metody całkowitego zeszycia rany po mastoidotomji nabraliśmy doświadczenia, w jakich przypadkach możemy zaszywać ranę. U bardzo wycieńczonych i starych ludzi nie stosujemy tej metody; obnażenie zatoki lub opony twardej nie stanowią przeciwwskazania do zeszycia rany. Przeciętny czas gojenia się rany w mojem sprawozdaniu o pierwszych 16 przypadkach przy stosowaniu tej metody był 13½ dni. Demonstrowane zaś przypadki zagoiły się po 5-ciu i 7-miu dniach.

Prof. *Pelczar* wyjaśnia, że skrzep krwi, znajdujący się w ranie zaszytej, ma znaczenie czynnika uodporniającego i przyśpieszającego gojenie.

IV. Prof. dr. *K. Michejda*. Zapalenie wyrostka robaczkowego na podstawie materjału Wileńskiej Klin. Chirurgicz. (cz. II). [Wykład ukaże się w druku].

Dyskusja. Prof. *Pelczar* nie zamierza poruszać strony klinicznej danego schorzenia, przypomina jednak, że wyrostek robaczkowy nie jest jedynie narządem szczątkowym, a jak wykazały badania histologiczne, posiada liczne grudki chłonne, pozwalające go poniekąd przyrównywać do migdałka. Znane są przypadki jednoczesnego zapalenia migdałka i wyrostka robaczkowego. Poza tem zapytuje, czy na podstawie obfitego i szczegółowo opracowanego materjału nie dałoby się uchwycić jakiegokolwiek związku pomiędzy zapaleniem wyrostka robaczkowego, jego przebiegiem a pewnym typem konstytucjonalnym chorego.

Dr. *Załkindson* zapytuje, czy wśród przypadków ostrych spotykane były omyłki rozpoznawcze i w jaki sposób zostały one potraktowane. W odpowiedzi prof. *Michejda* komunikuje, że na podstawie swego materjału nie może, niestety, wyciągnąć żadnych wniosków co do zależności, jakaby mogła istnieć pomiędzy zapaleniem wyrostka robaczkowego a pewnym stanem konstytucjonalnym. Co się tyczy pomyłek rozpoznawczych, to spotykane były pojedyńcze przypadki o klasycznych objawach klinicznych, w których nie można było znaleźć podczas operacji jakichkolwiek zmian patologicznych. Jednakże w niektórych przypadkach cały późniejszy przebieg przemawiał za tem, że sprawa chorobowa cofała się całkiem wyraźnie. W końcu podkreśla jednostronność rozpraw, w których udział wzięli wyłącznie chirurdzy.

Posiedzenie naukowe z dnia 11. II. 1931 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. *K Michejda*.

Obecnych członków 34 oraz 43 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Dr. *M. Mienicki* przedstawia chorego Zygmunta B. w wieku lat 33; przed trzema laty w przypadku tym w Klinice Dermatologicznej U. S. B. została dokonana operacja zapomocą diatermo-koagulacji z powodu nabłoniaka w okolicy dolnej wargi; proces chorobowy częściowo sięgał do czerwieni wargi; rozpoznanie zostało potwierdzone histologicznie. Zabieg został dokonany w ten sposób, że usunięto nabłoniak nożem koagulacyjnym w obrębie pozornie zdrowej

tkanki. Przypadek obecnie zostaje przedstawiony z dwóch względów: 1) dlatego, że nie mamy tu nawrotu i zwiększenia gruczołów sąsiednich, świadczących o przerzutach, i 2) ze względu na to, że wynik wspomnianej operacji w sensie kosmetycznym przedstawia się bardzo pomyślnie.

Dyskusja:

Prof. *Szmurło* zapytuje, czy nabłoniak uległ owrzodzeniu i zaznacza, że metoda elektrokoagulacji uzyskała sobie w terapji całkowite prawo obywatelstwa dzięki doskonałym wynikom, jakie daje. Przed $1\frac{1}{2}$ rokiem prof. *Szmurło* zniszczył elektrokoagulacją nabłoniak trzonu języka, poza tem elektrokoagulacją niejednokrotnie usuwał również z pomyślnym wynikiem ogromne nowotwory nosa, zatok szczękowych i sitowych i t. d. Na Zjeździe Międzynarodowym Otolaryngologicznym w r. 1928 Holmgren ze Sztockholmu demonstrował około 30 przypadków pomyślnego usunięcia raków i mięsaków nosa, gardła drogą elektrokoagulacji.

Dr. *Hanusowicz* zaznacza, że dla zniszczenia nabłoniaków prócz innych sposobów obecnie w dermatologji przeważnie stosuje się albo bezwodnik kwasu węglowego, albo też diatermo-koagulację. Ostatnia daje zazwyczaj pewniejsze i trwalsze wyniki; wytwarzające się blizny po diatermo-koagulacji również są i delikatniejsze i dlatego też metoda ta coraz bardziej zyskuje uznanie.

Prof. *Michejda* podkreśla, że w przypadkach raka, zwłaszcza umiejscowionych na wardze dolnej należy zawsze stosować radykalną operację łącznie z wyłuszczeniem gruczołów sąsiednich; przerzuty i nawroty mogą wytwarzać się w tych razach bardzo łatwo, co się niekiedy ujawnia dopiero po dłuższym okresie czasu.

Dr. *Mienicki* w odpowiedzi stwierdza, że nabłoniak w swej części środkowej był już uległ rozpadowi; podzielając w zupełności zdanie prof. *Michejdy*, zaznacza, że w danym przypadku chory na propozycję radykalnej operacji z wyłuszczeniem gruczołów nie zgodził się; o możliwościach nawrotu i przerzutów chorego uprzedzono. Wobec jednak dłuższej obserwacji obecnie możemy przypuszczać, że uzyskany po diatermo-koagulacji wynik jest pomyślny i trwały.

III. Prof. Dr. *Weyssenhoff* wygłosił odczyt „Nowe poglądy na budowę materji". W odczycie prelegent przedstawił zebranym członkom Towarzystwa i licznie przybyłym gościom, najnowsze poglądy i teorje w sprawie budowy materji.

Prezes T-wa Prof. *Michejda* dziękuje za wygłoszenie odczytu, który sprowadził na posiedzenie tak licznych słuchaczy.

Posiedzenie naukowe z dnia 18. II. 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych: członków 24 oraz gości 31.

1. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

2. Demonstracje: 1. Dr. *Wirszubski.* Przypadek neuroretinitis na tle zatrucia denaturatem. Chory, który wędrował po klinikach naszego miasta, został wreszcie skierowany do neurologa. Był on w II Klinice wewnętrznej U. S. B., w Klinice ocznej U. S. B. i w Lecznicy Litewskiej. Z badań, tam dokonanych, widać, primo, że 2 zdjęcia rentgenowskie nie wykryły nic godnego odnotowania; secundo, badanie moczu nie wykazało odchyleń od normy; badania krwi na Was. i Meinicke dały wynik ujemny; badanie kliniki ocznej U. S. B. zanotowało „Neuroretinitis o niewyjaśnionem tle". Ze swojej strony mogę dodać, że pomijając neuroretinitis, nie wykryłem żadnych zmian tak w sferze nerwowej, jak i psychicznej.

Pacjent 2 miesiące temu był na chrzcinach u szwagra. Dobrze wypito i m. in. poczęstowano go „kieliszkiem" denaturatu. W dwa dni po tej uczcie zaczęto u niego ciemnieć w oczach; miał on poza tem nudności, wymioty i szalony ból głowy; ból głowy i nudności trwały przez 2 dni i minęły, natomiast stopniowo ciemniało w oczach; w ciągu 2 tygodni miał on zaburzenia psychiczne w postaci złudzeń wzrokowych: zdawało mu się, że żołnierze rzną go piłą, że płyną po rzece tratwy, niby widział psy i t. d. Minęły powyższe złudzenia wzrokowe, lecz siła wzroku i nadal malała i obecnie jest on zupełnie ślepy. Poza ślepotą sprawia wrażenie zupełnie zdrowego.

Jak wzmiankowałem wyżej, okulista rozpoznał neuroretinitis. Akurat rok temu wygłosiłem w tej sprawie odczyt w Wil. Tow. Lek. W tej pracy reasumowałem pogląd ostatniej doby na sprawę neuritis retrobulbaris. Jedni traktują go, jako objaw utajonej sclerosis multiplex, drudzy — jako skutek choroby nosa i jego zatok, inni zaś — jako cierpienie samoistne, mające powstawać na tle zatrucia. Nie ulega mojem zdaniem żadnej wątpliwości, że w danym przypadku mamy przed sobą neuroretinitis na tle zatrucia alkoholem metylowym. Znaczny odsetek przypadków zatrucia denaturatem kończy się śmiercią, znaczna ilość pozostałych przy życiu traci wzrok, nazawsze, gdyż składniki przejściowe alkoholu metylowego, wytwarzające się przy powolnem utlenianiu się tego alkoholu, działają ujemnie na nerw wzrokowy. Przebieg kliniczny, jak podają podręczniki chorób nerwowych, rozwija się na wzór przypadku powyższego.

2. Prof. *Michejda* demonstruje: a) przypadek nacieku po zapa-

leniu wyrostka robaczkowego, operowany dwukrotnie i b) przypadek przerwania (ruptura) mięsnia dwugłowego lewego po wysiłku fizycznym.

3. Korespondencja: 1. Prezes odczytuje list od rodziny ś. p. prof. Bronisława Sawickiego z podziękowaniem za wyrazy kondolencji. 2. Komunikuje, że Min. W. R. i O. P. przyznało T-wu Lekarskiemu zapomogę w kwocie 1500 zł. na cele biblioteki T-wa.

4. Dr. *H. Rudziński* wygłasza referat p. t.: „W sprawie roli lekarza w akcji społeczno-sanitarnej".

Akcja sanitarno-porządkowa, zapoczątkowana przez Ministra Spraw Wewnętrznych Gen. F. Sławoj-Składkowskiego w roku 1927, a mająca na celu uzdrowotnienie kraju, prowadzona była w ciągu 3 ch lat z niesłabnącą energją i dała niezaprzeczalnie nader pomyślne wyniki; o twierdzeniu tem może się przekonać każdy, kto tylko zechce porównać stan sanitarny kraju z przed 5 laty ze stanem obecnym, tak w zewnętrznym wyglądzie, jak i uporządkowaniu miast, miasteczek, domóstw, podwórzy, jak również w utrzymaniu wewnętrznem wszelkiego rodzaju zakładów użyteczności publicznej (fryzjernie, hotele, restauracje, jatki, sklepy i t. p.). Stan zaopatrzenia ludności w wodę należytą do picia uległ znacznej poprawie. W miastach i miasteczkach każda posiadłość, na wsi zaś około 80% posiadłości posiadają własne śmietniki i ustępy.

Wpływ tej akcji na poprawę zdrowia publicznego jest widoczny chociażby z porównania danych statystycznych o zachorowaniach i zgonach na choroby zakaźne.

Grasująca na Wileńszczyźnie groźna epidemja duru plamistego wygasa i sprowadza się obecnie do 3/4 przypadków tygodniowo w całem województwie (59 przypadków w okresie od 1.IX. do chwili obecnej), wtedy gdy w latach ubiegłych w m-cach zimowych liczba zachorowań na tę chorobę dochodziła od 3 do 40 przypadków tygodniowo (186 przypadków w tymże czasokresie zimowym). Zapadalność na dur brzuszny również znacznie się zmniejszyła.

Niestety, nie mogliśmy osiągnąć stuprocentowych wyników. zwłaszcza na Wileńszczyźnie. Z powodu nieurodzaju, połączonego z głodem w r. 1929 na terenie Wileńszczyzny, obecnie zaś z powodu ogólnego wszechświatowego kryzysu ekonomiczno-gospodarczego akcja sanitarna z natury rzeczy nie mogła być prowadzona zbyt intensywnie. Ku osiągnięciu dostatecznych wyników przedewszystkiem stoi na przeszkodzie brak należytego zrozumienia i niedocenianie znaczenia akcji sanitarnej ze strony samego społeczeństwa; zwłaszcza pokolenie starsze, jako odłam bardziej konserwatywny w społeczeń-

stwie, z nieufnością odnosi się do wszelkich poczynań na szerszą skalę.

Natrafiliśmy tu na pewnego rodzaju próżnię psychiczną w społeczeństwie. Uderza fakt, iż część ludności, podporządkowując się zarządzeniom władz, pobudowała te lub inne urządzenia sanitarne (łaźnie, śmietniki, ustępy), niemniej jednak z urządzeń tych sama nie chce korzystać. W niektórych powiatach 8% — 10%, a nawet więcej ustępów pozostaje nieużywanych przez ludność, która w stopniu niedostatecznym dotychczas korzysta również z łaźni, pobudowanych nieraz ze znacznym wysiłkiem i przy wydatnem poparciu ze strony Skarbu Państwa.

Zadaniem Rządu na najbliższą przyszłość jest utrzymanie obecnego stanu posiadania, uchronienie od zniszczenia tego, co zdobyto z tak dużym wysiłkiem i przyzwyczajenia ludności do korzystania z istniejących urządzeń. Nowych inwestycyj w dziedzinie sanitarnej Rząd ze względów ekonomicznych w kraju wymagać nie będzie, lecz musi się starać, aby utrzymać zdobyte wartości, co jest możliwe tylko przy poparciu ze strony samego społeczeństwa, a przedewszystkiem inteligencji.

Pan Minister Spraw Wewnętrznych w akcji zdrowotnej na rok bieżący wysuwa na plan pierwszy krzewienie i szeroką propagandę wśród społeczeństwa podstawowych wymagań higjeny osobniczej i społecznej.

Ponieważ świat lekarski jest najbardziej przygotowany do tego, pan Minister zwraca się do wszystkich pp. lekarzy z gorącym apelem, aby w imię hasła ochrony Zdrowia Publicznego zechcieli dopomóc w Jego zamierzeniach i podczas swej codziennej pracy, stykając się z chorym lub jego otoczeniem drogą pogadanki lub ewentualnie odczytu nawet, zwracali uwagę na konieczność przestrzegania w życiu domowem zasadniczych wymagań higjeny. Chodzi tu przedewszystkiem o krzewienie zasad czystości w życiu domowem, o konieczność używania ustępów, spluwaczek, śmietników, łaźni, o ochronę czystości wody i t. p. Oczywiście dążeniem Rządu będzie, aby propaganda taka była prowadzona również i przez inne warstwy społeczne (nauczycielstwo, kółka rolnicze i t. p.) lecz najbardziej dodatnich wyników pod tym względem pan Minister oczekuje od propagandy, prowadzonej przez lekarzy i ma nadzieję, iż pp. od tej współpracy z Rządem nie uchylą się.

Dyskusja: Doc. *Safarewicz* Odwołanie się p. Ministra Spr. Wewn. do lekarzy ma na widoku nasilenie propagandy higjenicznej. Prowa-

dzenie tej propagandy z natury rzeczy oczywiście powinno przypadać w udziale przedewszystkiem lekarzom. Wiemy, że skuteczność propagandy pomimo wszystko inne i przedewszystkiem zależy od środków — potrzebne są liczne pomoce propagandowe, których w Polsce jest duży brak. Wytwarzanie tych pomocy jest między innemi zadaniem Państwowego Zakładu Higjeny. Dotąd jednak działalność jego pod tym względem była bardzo nikła—parę plakatów o studniach i kilka innych. W Warszawskiem Towarzystwie Przeciwgruźliczem istnieje bogaty asortyment pomocy propagandowych w dziedzinie walki z gruźlicą; jest poza tem w posiadaniu niektórych organizacyj trochę pomocy propagandowych w innych dziedzinach. Jest więc pożądane, aby Państwowy Zakł. Higjeny rozwinął działalność w kierunku intensywniejszego wytwarzania pomocy propagandowych, a Państwo, dostarczając tych pomocy, dopomogło w ten sposób organizacjom lekarskim i towarzystwom higjenicznym, mającym prowadzić propagandę.

Dr. *Szadowski* wskazuje, że będąc lekarzem szkolnym spotykał się niekiedy w swej akcji sanitarnej z pewnemi trudnościami ze strony nauczycielstwa, to też jego zdaniem należy rozpocząć propagandę przedewszystkiem w środowisku nauczycielskiem.

Dr. *Hanusowicz* dodaje do powyższych uwag znane fakty zarażania się nauczycielek chorobami skórnemi od dzieci szkolnych.

Dr. *Szabad* wspomina o istnieniu Żydowskiego Stow-nia Toz, które chociaż dużo robi wśród społeczeństwa żydowskiego, to jednakże potrzebna jest jeszcze pomoc ze strony Państwa. Nauczycielstwo Żydowskie rozumie doniosłość stanu zdrowotnego młodzieży i bardzo chętnie wspomaga lekarzy w ich zamierzeniach.

Prof. *Michejda* dodaje, że pod względem propagandowym mogą odgrywać i odgrywają bardzo doniosłą rolę instytucje wojskowe i szpitale, szczególniej ostatnie. Chorzy po krótkim pobycie w szpitalach szybko się naginają do pewnych prawideł i porządków czystości i oczywiście z temi przyzwyczajeniami wracają do swych domów i rodzin. Dlatego zdaniem prof. *Michejdy* władze w celach propagandowych winni zwrócić niemniejszą uwagę na podniesienie poziomu szpitalnictwa i zaopatrzenie go w odpowiedni inwentarz.

Dr. *H. Rudziński* w odpowiedzi podaje, iż celem referatu było zainteresowanie lekarzy praktykujących sprawą krzewienia zasadniczych wymagań higjeny wśród rodzin chorych w ich życiu codziennem. Rola nauczycielstwa w propagandzie zasad higjeny jest ogromna i pod tym względem nauczycielstwo w ostatnich latach okazuje nieocenione usługi. Zjawiska podane przez Dra Szadowskiego należy

zaliczyć do pojedyńczych na szczęście bardzo rzadkich wypadków. Co do literatury i afiszów propagandowych, to Wydział Zdrowia chętnie służy posiadanym materjałem, również chętnie udzieli wszelkich informacyj zainteresowanym instytucjom i osobom.

5) Dr. *Szabad* wygłasza odczyt p. t.: Przyczynek do zagadnienia umieralności na raka i gruźlicę. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusja: Prof. *Pelczar*. Statystyka raka i gruźlicy, wskazująca na pewien cyfrowy antagonizm obu spraw, trudna jest do wytłumaczenia. Możnaby wziąć pod uwagę spostrzeżenia anatomo-patologów, że rak występuje rzadziej u gruźlików ze phtisis florida. Statystyka zwiększenia się śmiertelności na raka jest jednak przez niektórych, zwłaszcza amerykańskich badaczy kwestjonowana, zwiększenie się częstości operacyjnego raka płuc ma być skutkiem częstszego rozpoznawania tej sprawy.

Większa częstość występowania raka u Żydów jest trudna do wytłumaczenia na podstawie dotychczasowego stanu wiedzy o raku.

Prof. *Pelczar* porusza sprawę: wpływu pokarmów, alkoholu na raka przewodu pokarmowego, stosunku raka piersi i organów rodnych kobiet do czynności rodnych, powołując się na prace CasparIego, Teutschlandera i innych.

Pewne dziedziczne usposobienie stwierdzono u zwierząt: Maud, Dobrowolskaja, Zawadskaja — usposobienie ma charakter cechy recesywnej w potomstwie.

Prof. *Michejda*, nawiązując do sprawy powstawania raka, wspomina o przyjmowanej możliwości przejścia fibromatu w rak lub wrzodu w rak żołądka. Jednakże przejście jest tak nieuchwytne, że niema dotychczas pewności, czy taki proces istotnie się odbywa. Tem większe trudności napotkać musimy tam, gdzie brak jest objawów, z których powstania nowotworów moglibyśmy wyprowadzić.

Doc. *Safarewicz*. Zjawisko wzmożenia się po wojnie umieralności na raka i zmniejszenia się jednoczesnego umieralności na gruźlicę można poniekąd tłumaczyć zmianą, którą stwierdzono po wojnie w rozkładzie ludności według wieku; rozkład ten w przedstawieniu graficznem miał przed wojną kształt piramidy, zwróconej ku dołowi szeroką podstawą, wyobrażającą absolutne liczby niemowląt i dzieci; wierzchołek piramidy mniej lub więcej wąski, wyobrażał absolutne liczby starców. Po wojnie w państwach, które bardziej ucierpiały, rozkład ludności w-g wieku zmienił się — dawna mniej więcej foremna piramida w przedstawieniu graficznem uległa zniekształceniu, liczba niemowląt i dzieci znacznie zmalała, zmalała więc

liczebnie ta warstwa ludności, która dawała największą umieralność na gruźlicę. Skutkiem polepszenia się warunków higjenicznych wzrósł przeciętny wiek życia, zwiększyła się absolutna liczba ludzi starych, którzy właśnie dają największy odsetek zapadalności i umieralności na raka.

Doc. *Czarnecki* omawia sprawę wpływu systemu nerwowego na powstanie nowotworów doświadczalnych.

Dr. *Lewanie* podaje, że jego zdaniem poza większym rozwojem środków djagnostycznych — częstsze korzystanie z pomocy lekarskiej wśród żydów — niewątpliwie wpływają na zwiększenie się ilości rozpoznawanych chorych na raka.

Dr. *Szabad.* Dziękuję szanownym oponentom za cenne uwagi. Mógłbym jeszcze dużo dodać do poruszonego tematu, ale zagadnienie to jest tak obszerne, iż możnaby mu było poświęcić kilka wieczorów. Wspomnę n. p. ostatni wykład prof. Bernsztejna w sprawie dziedziczności raka na podstawie najnowszych eksperymentów, dokonanych na myszach przez badaczy amerykańskich. Chciałem swoim referatem m. in. wyrazić ten pesymizm, który mimowoli musi ogarnąć każdego lekarza szczególnie internistę, mającego do czynienia z chorymi na raka. Jestem oddawna lekarzem praktykującym i jednocześnie higjenistą. Gdy przychodzę do osobnika cierpiącego na gruźlicę, czy na inną chorobę, wiem co mu poradzić, wiem — jeśli mnie pytają — przyczynę choroby, umiem wskazać środki zapobiegawcze i t. d. Gdy zaś mam chorego na raka, nie wiem, ani skąd ta choroba powstała, ani co poradzić otoczeniu, żeby i inni na nią nie zachorowali, nie wiem, co powiedzieć o leczeniu. Przecież w ogromnej większości wypadków raka narządów wewnętrznych jesteśmy bezsilni co do leczenia. Czasami chirurdzy mogą się pochwalić doskonałemi wynikami swoich umiejętnie wykonanych zabiegów, ale co potem staje się z chorymi?

Jednak, przyjmując pod uwagę olbrzymie postępy nauki, spodziewajmy się, iż również w stosunku do raka wyświetlą się kiedyś zarówno etjologja, jak również i środki lecznicze względnie zapobiegawcze.

Zjazd lekarzy
członków Sekcji Wojewódzkiej Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

W sali Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego przy ul. Zamkowej 24 w dniach 20 i 21 grudnia 1930 r. odbył się I-szy Zjazd lekarzy. zamieszkałych na terenie powiatów Województwa Wileńskiego, mający na celu zespolenie tych kolegów na polu naukowo-towarzyskiem.

W Zjeździe przyjęli udział:

Dr. H. Rudziński — Wilno, Dr. M. Przyałgowski — Wilno, Dr. W. Bądzyński — Wilno, Dr. A. Jaks-Tyr — Ilja (pow. Wilejski), Dr. F. Załęski — Radoszkowicze, Dr. R. Cukierman — Gródek k/Mołodeczna, Dr. S. Reyro — Postawy, Dr. A. Fekeczowa — Worniany, Dr. M. Polikowski — Głębokie, Dr. M. Seliber — Nowy Pohost (pow. Brasławski), Dr. A. Orlicki — Święciany, Dr. P. Masłowski — Mołodeczno, Dr. A. Sawicz — Oszmiana, Dr. N. Pietrzakowa—Kobylnik, Dr. S. Pieczul — Brasław, Dr. E. Jasiewicz — Smorgonie, Dr. M. Strawiński — Mejszagoła, Dr. S. Fekecz — Wilno, Dr. T. Hryniewski — Plisa, Dr. K. Staniszewska — Miadzioł, Dr. A. Bonasewicz — pow. Wil.-Trocki, Dr. W. Żukowska — Dunilowicze, Dr. E. Bielski — Wilno, Dr. S. Mahrburg — Wilno, Dr. L. Rostkowski — Wilno.

Zjazd zaszczycili swą obecnością J. M. Rektor U. S. B. Prof. Dr. A. Januszkiewicz, Prezes Wil. Tow. Lek. Prof. J. Szmurło; nowoobrany Prezes Towarzystwa na rok 1931 Prof. K. Michejda oraz pp. prelegenci. Zjazd zagaił Prezes T-wa Prof. J. Szmurło, podnosząc doniosłe znaczenie takich zjazdów w życiu lekarzy wiejskich, poczem przewodnictwo Zjazdu objął Dr. H. Rudziński, jako przewodniczący Sekcji i odczytał depesze powitalne od Pana Dyrektora Departamentu Zdrowia D-ra E. Piestrzyńskiego i Inspektora Państwowej służby Zdrowia D-ra W. Hryszkiewicza. Na zastępcę Przewodniczącego został powołany p. Dr. Jaks-Tyr (Ilja), na Sekretarza p. Dr. Fekecz (Wilno).

Pierwszy dzień Zjazdu był poświęcony wykładom pp. Profesorów Wydziału Lekarskiego U. S. B. na tematy najbardziej obchodzące lekarzy wiejskich; zostały wygłoszone w tym dniu następujące wykłady:

„Klinika gruźlicy płuc w okresie początkowym" — J. M. Rektor U. S. B. Prof. Dr. A. Januszkiewicz.

„Ciała obce w górnym odcinku dróg oddechowych i w uchu" — Prof. Dr. J. Szmurło.

„Etjologja jaglicy" — Prof. Dr. J. Szymański.

„Prowadzenie III okresu porodowego" — Prof. Dr. W. Jakowicki.

„Wskazanie operacyjne przy schorzeniach jamy brzusznej" — Prof. Dr. K. Michejda.

Drugi dzień Zjazdu. Sprawy organizacyjne Sekcji Wojewódzkiej W. T. L. (Rozpatrzenie i zatwierdzenie regulaminu Sekcji, wybory Zarządu Sekcji).

Przewodniczący posiedzenia Dr. H. Rudziński oznajmił zebranym, iż sprawa organizacji Sekcji Wojewódzk. Wil. Tow. Lek. powstała rok temu; na teren Województwa była w swym czasie rozesłana propozycja przystąpienia do Sekcji. Do tego czasu jest 32 członków Sekcji Woj. Wil. Tow. Lek.

Następnie w dłuższem przemówieniu Dr. Rudziński zaznajomił zebranych z wytycznemi zadaniami, jakie ma przed sobą powstająca Sekcja, jak to: zorganizowanie lekarzy na terenie, połączenie ich w koła powiatowe, nadanie tym kołom kierunku naukowo-towarzyskiego, urządzenie zebrań naukowych, wygłaszanie odczytów i wykładów nietylko z dziedziny fachowo-lekarskiej lecz i z pokrewnych działów przyrodniczego, prawniczego, zaznajamiającego z prawem karnem i administracyjnem, mającemi styczność z działem zdrowia publicznego i t. d.

Przypomina również Przewodniczący o starych tradycjach dawnych lekarzy społeczników, którzy w pracy humanitarno-społecznej zajmowali czołowe stanowiska, nawołuje do wskrzeszenia tych tradycyj i wyraża nadzieję, iż wówczas autorytet lekarzy, dzisiaj mocno zachwiany, znowu się podniesie, a społeczeństwo również należycie oceni i uszanuje go.

Poczem Dr. Rudziński odczytał projekt regulaminu (patrz str. 63) Sekcji Woj. Wil. Tow. Lek., który po krótkich debatach został przyjęty jednogłośnie.

Na wniosek D-ra Rudzińskiego uchwalono utworzenie narazie kół miejscowych w każdem powiatowem mieście. Inicjatywę utworzenia kół powiatowych przyjęli na siebie: Dr. Jaks-Tyr na pow. Wilejski, Dr. Masłowski na pow. Mołodecki, Dr. Polikowski na pow. Dziśnieński, Dr. Reyro na pow. Postawski, Dr. Pieczul na pow. Brasławski, Dr. Orlicki na pow. Święciański, Dr. Sawicz na pow. Oszmiański.

Do Zarządu Sekcji Wojewódzkiej Wil. Tow. Lek. weszli jako Przewodniczący Dr. H. Rudziński (wybrany zgodnie z regulaminem przez Walne Zebranie Wileńskiego T-wa Lekarskiego), 2-ch zastępców Dr. Polikowski i Dr. Jaks-Tyr, Skarbnik Dr. Bądzyński, Sekretarz Dr. Fekecz — wybrani przez obecne walne zebranie członków Sekcji.

Następnie zostały wygłoszone następujące referaty:

Dr. H. Rudziński — „Organizacja medycyny zapobiegawczej na terenie Województwa Wileńskiego". (Streszczenie referatu — załącznik).

Dr. L. Rostkowski — „Wytyczne zwalczania jaglicy na Wileńszczyźnie". (Streszczenie referatu — załącznik).

W związku z wygłoszonemi referatami wywiązuje się żywa dyskusja w sprawie warunków pracy lekarzy rejonowych na terenie i co do wyników realizowania planu zwalczania jaglicy w szczególności.

Poczem Przewodniczący zamyka Zjazd, wyrażając nadzieję, iż obecny I-szy Zjazd posłuży podwaliną do zespolenia na polu towarzysko-naukowem wszystkich lekarzy, zamieszkałych na terenie powiatów i składa na ręce nowoobranego obecnego na sali Prezesa Towarzystwa p. prof. D-ra Michejdy gorące podziękowanie wszystkim pp. Profesorom-wykładowcom za wygłoszone nader interesujące i pouczające wykłady.

Po zamknięciu Zjazdu zebrani zwiedzili i zaznajomili się z urządzeniem Miejskiego Ośrodka Zdrowia przy ul. Wielkiej 46 oraz Klinik Uniwersyteckich na Antokolu.

Sekretarz Dr. *Fekiecz.*

Regulamin

Sekcji Wojewódzkiej Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Cele Sekcji.

§ 1. Sekcja Wojewódzka W. T. L. ma na celu zespolenie lekarzy, zamieszkałych na terenie Województwa Wileńskiego dla zbiorowej pracy i badań nad rozwojem nauk lekarskich oraz krzewienia wiedzy z tego zakresu wśród członków Sekcji.

§ 2. W tym celu Sekcja:

a) urządza zebrania naukowe, odczyty i wykłady,

b) tworzy koła miejscowe na terenie Województwa, mając za zadanie zespalanie lekarzy miejscowych na polu naukowem i towarzyskiem,

c) powołuje komisje w celu opracowania wszelkiego rodzaju zagadnień z dziedziny zdrowotności na wsi,

d) współdziała z władzami państwowemi, samorządowemi, zrzeszeniami społecznemi i organizacjami zawodowemi lekarzy w sprawach zdrowia publicznego na terenie powiatów.

§ 3. Siedziba Zarządu Sekcji znajduje się w Wilnie w lokalu Wileńskiego T-wa Lekarskiego.

Członkowie Sekcji.

§ 4. Członkiem Sekcji może być każdy członek Wil. Tow. Lek.

§ 5. Członkowie Sekcji zamieszkali poza Wilnem na terenie powiatów Województwa Wileńskiego opłacają składkę 18 zł. rocznie.

Prawa i obowiązki tych członków poza tem reguluje statut Wil. T-wa Lek. na równi z innymi członkami T-wa.

Zarząd Sekcji.

§ 6. Sprawami Sekcji (koordynacja pracy naukowej kół miejscowych organizacja zjazdów Sekcji i t. p.) kieruje Zarząd Sekcji, składający się z Przewodniczącego Sekcji, wybranego przez Walne Zebranie Wileńskiego T-wa Lek. oraz 2-ch zastępców, Skarbnika i Sekretarza, wybieranych co roku na dorocznem Walnem Zebraniu Sekcji. Przewodniczący Sekcji wchodzi w skład Zarządu Wil. Tow. Lek.

§ 7. Przewodniczący i Sekretarz powinni być wybrani z pośród członków Sekcji, zamieszkałych w Wilnie.

Koła miejscowe.

§ 8. W każdem mieście powiatowem, jak również w miasteczkach, gdzie zamieszkuje stale więcej niż 5 lekarzy organizuje się koła miejscowe; każde koło wybiera swojego przewodniczącego i sekretarza dla załatwienia spraw bieżących, organizowania zebrań naukowych na miejscu.

Koła miejscowe raz do roku w miesiącu listopadzie nadsyłają Zarządowi Sekcji sprawozdania ze swej pracy za rok ubiegły.

§ 9. Bezpośrednią władzą nadzorczą Sekcji jest Wileńskie Towarzystwo Lekarskie; wszelkie wystąpienie Sekcji nazewnątrz: memorjały i pisma do wszelkiego rodzaju władz państwowych, samorządowych i organizacyj społecznych powinny być przed ich wysłaniem uzgodnione z Zarządem Towarzystwa.

§ 10. Rozwiązanie Sekcji może nastąpić na mocy uchwały Walnego Zebrania członków Sekcji większością 2/3 głosów członków obecnych. Majątek Sekcji i kół miejscowych przechodzi na własność Wileńskiego Towarzystwa Lek.

Streszczenie referatu D-ra H. Rudzińskiego.

„Orgcnizacja medycyny zapobiegawczej na terenie Województwa Wileńskiego".

Warunki pracy lekarza, zamieszkałego na wsi, dziś układają się w ten sposób, że oprócz wykonywania praktyki lekarskiej w zakresie wszystkich specjalności medycyny praktyczno-leczniczej, musi on siłą rzeczy zająć się i medycyną społeczno-zapobiegawczą i powinien w tym zakresie być dostatecznie poinformowany, czego dotychczas jednak niema. Każdy lekarz, zamieszkały na wsi musi, być działa-

czem społecznym i to przedewszystkiem w dziedzinie podniesienia zdrowotności ludności. Zasady organizacji medycyny zapobiegawczej powinny być dobrze znane każdemu lekarzowi, a zamieszkałemu na wsi w pierwszym rzędzie.

Samorządy na wsi od paru lat prowadzą przedewszystkiem akcję zapobiegawczą; pomoc lecznicza dla ludności powinna być zapewniona przez samorządy, lecz w formie pomocy płatnej, na warunkach dostępnych czy to dla chorych przychodzących, czy w szpitalach. Kierownikiem akcji zapobiegawczej jest lekarz powiatowy, który będąc jednocześnie Naczelnym lekarzem Sejmikowym, ma do wykonania swych zadań do swej dyspozycji niezbędny personel fachowy samorządowy (lekarze rejonowi, Ośrodek Zdrowia, poradnie zapobiegawcze, kontrolerzy sanitarni i t. p.).

Pracę lekarzy rejonowych normują regulaminy, wprowadzone w życie od roku na terenie wszystkich powiatów, wysuwające na pierwsze miejsce medycynę społeczną - zapobiegawczą: zwalczanie chorób zakaźnych, akcję sanitarno-porządkową, nadzór nad szkołami; leczenie chorych odbywa sią za specjalną dopłatą na rzecz lekarza.

W każdem mieście powiatowem funkcjonuje Ośrodek Zdrowia z należycie urządzonemi poradniami przeciwgruźliczą, przeciwjagliczą, przeciwweneryczną, laboratorjum, a w m. Wilejce korzysta się z prześwietlań Röntgena w szpitalu państwowym.

Wywiad rodzinny. Zespolenie w Ośrodku Zdrowia wszystkich instytucyj i towarzystw, pracujących na polu zdrowia publicznego. Przy tych Ośrodkach Zdrowia funkcjonują biura sanitarne. W roku bieżącym wprowadzone są mniej więcej jednolite regulaminy, normujące pracę Ośrodków.

Zwalczanie gruźlicy. Kierunek fachowy nadaje Wil. Tow. Przeciwgruźlicze, które posiada w powiatach swe oddziały. Walka prowadzi się przez poradnie przeciwgruźlicze, zaopatrzone w laboratorja. W Wilnie oddział gruźliczy ma 50 łóżek przy szpitalu miejskim. Kolonje letnie dla dzieci zagrożonych. Zarząd T-wa przystępuje do budowy sanatorjum przy st. Ponary.

Zwalczanie jaglicy, prowadzi się w/g zgóry opracowanego planu, opartego na najszerszem leczeniu ambulatoryjnem w przychodniach rejonowych, w szkołach, Ośrodkach Zdrowia przy znacznem poparciu finansowem ze strony Dep. Zdrowia. Akcją zwalczania kieruje Wojewódzka lotna Kolumna przeciwjaglicza, prócz tego latem w ciągu 3 mies. w pow. Dziśnieńskim i Brasławskim pracowały intensywnie 2 lotne Oddziały Cz. Krz.

Zwalczanie chorób wenerycznych w zapoczątkowaniu, rozwija się przez poradnie przeciwweneryczne przy Ośrodkach Zdrowia powoli wobec braku dostatecznego zaufania do nowych instytucyj ze strony tego rodzaju chorych. W Wilnie istnieje prócz tego poradnia dla dzieci i matek obarczonych kiłą (przy Miejskim Ośr. Zdrowia).

Zadaniem Ośrodków jest zorganizowanie w najbliższej przyszłości planowego zwalczania alkoholizmu i nadzoru sanitarnego nad sportem i wychowaniem fizycznem. Poczyniono wszelkie kroki celem zespolenia i skoordynowania akcji zapobiegawczej w terenie.

Dozór sanitarno-policyjny; zwrócono szczególną uwagą na uporządkowanie miasteczek, a w nich zakładów użyteczności publicznej w pierwszym rzędzie. Zażądano od Sejmików odpowiedniego fachowego wyszkolenia kontrolerów sanitarnych. Wzmożono nadzór nad sprzedażą artykułów spożywczych, nad uporządkowaniem studzien, zezwala się na budowę nowych studzien jedynie betonowych.

Przewodniczący Dr. *H. Rudziński.*

Streszczenie referatu D-ra L. Rostkowskiego

kierownika Kolumny do walki z jaglicą przy Wydziale Zdr. Urzędu Wojewódzkiego w Wilnie.

Wytyczne zwalczania jaglicy na Wileńszczyźnie.

Na wstępie prelegent stwierdza, że rozpoznawanie jaglicy zrobiło duże postępy w ostatnich czasach, co uszło uwagi wielu lekarzy. Nieporozumienia rozpoznawcze wynikają często przedewszystkiem z niestosowania odwracadeł, czyli rozwórek, które umożliwiają dokładne zbadanie całego worka spojówkowego, nie wyłączając górnego załamka. Bez dokładnego zaś zbadania górnego załamka nie można często z pewnością postawić rozpoznania odnośnie jaglicy. Częstym błędem rozpoznawczym jest również rozpoznawanie grudkowatości (folliculosis), jako nieżytu grudkowego lub nawet jaglicy. Folliculosis nie dowodzi schorzenia spojówki, a świadczy tylko o stanie adenoidalnym osobnika.

Dalej prelegent przechodzi do organizacji zwalczania jaglicy na Wileńszczyźnie. W myśl przyjętego planu w zwalczaniu biorą udział wszystkie zainteresowane czynniki, tak sanitarne, jak i administra-

cyjne samorządowe, oraz władze szkolne, nauczycielstwo. Udział tych ostatnich okazał się nieodzownie potrzebny przy zwalczaniu jaglicy u dzieci w szkołach, na co w planie położony jest bardzo duży nacisk.

Pierwszem zadaniem organizacji jest zaprowadzenie prawidłowej statystyki, ostatecznym celem tej statystyki jest sporządzenie mapy zajagliczenia całego województwa, co pozwoli na planowe ujęcie całej akcji zwalczania jaglicy. Ułożenie tej statystyki odbywa się na podstawie kart zgłoszeń o jaglicy, nadesłanych przez lekarzy przy pomocy i wybitnym udziale Kolumny do walki z jaglicą.

Kolumna do walki z jaglicą, której pierwszem zadaniem było wypracowanie powyższego planu zwalczania jaglicy, objeżdża całe województwo, pozostając w każdym powiecie od czterech do siedmiu tygodni. Praca Kolumny sprowadza się poza udzielaniem pomocy ludności do statystyki jaglicy, do zapoznawania lekarzy z jaglicą, szkolenia personelu pomocniczego lekarskiego, uświadamiania wszystkich czynników zainteresowanych (a więc nauczycielstwo, gminy i t. p.) propagandy w szkołach, drogą odczytów i zebrań publicznych. Kolumna dąży, by po jej wyjeździe zwalczanie jaglicy było dalej prowadzone przez czynniki miejscowe. A więc leczenie bezpłatne ma się dalej odbywać u lekarzy rejonowych i w Ośrodkach Zdrowia, opiekę nad dziećmi w szkole wykonywają dalej miejscowi lekarze przy udziale i pomocy nauczycielstwa.

Następnie prelegent podaje dotychczasowy przebieg całej akcji w trzech powiatach województwa Wileńskiego: Wilejskim, Oszmiańskim, Święciańskim. Kolumna mając do dyspozycji 77 dni urzędowych, zwiedziła 11 miejscowości, zatrzymując się wszędzie od 3 do 5 dni, z wyjątkiem miast powiatowych (względnie miast z przychodnią przeciwgruźliczą), gdzie pracowała od dwóch do trzech tygodni w każdem miejscu, a to w celu lepszego przygotowania lekarzy przychodni przeciwjagliczych, oraz stworzenia w tych miastach większego ośrodka leczniczego. Frekwencja chorych wszędzie była duża. Przyjęto 3914 chorych, w tem jaglicy 1316, co stanowi 38,5%. Ogółem udzielono 7102 porady, dokonano 389 operacyj i 1079 zabiegów mniejszych (wyciski i t. p.). Przeciętnie dziennie przyjmowano 77 chorych, dokonywano 5 operacyj, 13 zabiegów mniejszych. Kolumna pracowała wszędzie w przychodniach rejonowych i Ośrodkach Zdrowia, współpracując z miejscowymi lekarzami. Naogół Kolumna działała w myśl planu zwalczania jaglicy, prowadząc oprócz akcji leczniczej, uświadamianie nauczycielstwa, gmin, sołtysów i t. p. oraz

prowadząc akcję propagandową drogą odczytów, pogadanek i zebrań dyskusyjnych dla inteligencji. Z braku odpowiednich przezroczy przeciwjagliczych propagandowych Kolumna zmuszona była stworzyć takowe sama. Na zakończenie pracy w każdym powiecie Kolumna składała Starostom wnioski, dotyczące prowadzenia dalszej akcji zwalczania jaglicy w powiecie w myśl planu.

Sprawozdanie z działalności Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej z r. 1930.

Skład osobisty Rady.

Rada Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej liczyła w roku sprawozdawczym 27 członków, wybranych w dn. 3 listopada 1929 r. W skład jej wchodzili jako członkowie: Dr. Dr. Jakowicki Władysław (Wilno), Bądzyński Wacław (Wilno), Czarnecki Edward (Wilno), Łukowski Ludwik (Wilno), Stetkiewicz Tadeusz (Głębokie, woj. Wileńskie), Maciulewicz Edmund (Nowogródek), Kisiel Karol (Wilno), Sumorok Juljusz (Wilno), Szymanowski Mieczysław (Nowogródek), Sopoćko Romuald (Lida, woj. Nowogr.), Skwirski Józef (Baranowicze, woj. Nowogr.), Klott Leon (Wilno), Przysiecki Karol (Nieśwież, woj. Nowogr.), Gierszun Grzegorz (Wilno), Kucharski Józef (Wilno), Soroko Karol (Święciany, woj. Wileńskie), Odyniec Wacław (Wilno), Klemczyński Eugenjusz (Wilno), Szniolis Bolesław (Wilno), Nochumowski Lejba (Baranowicze, woj. Nowogr.), Giecow Grzegorz (Wilno), Globus Eljasz (Wilno), Kowarski Herc (Wilno), Galinowski Aleksander (Oszmiana, woj. Wileńskie), Pióro Jan (Wilno), Hanusowicz Bolesław (Wilno), Jabłonowski Władysław (Wilno).

Jako zastępcy: Dr. Dr. Sedlis Eljasz (Wilno), Maleszewski Wiktor (Wilno), Kowarski Benjamin (Święciany, woj. Wileńsk.), Szmurło Jan (Wilno), Pawłowski Kazimierz (Wilno), Wołodźko Witold (Wilno), Trzeciak Mieczysław (Wilno), Jastrzębski Leon (Mołodeczno), Moszyński Marjan (Wilno), Czyż Piotr (Baranowicze, woj. Nowogródz.), Reyro Sobiesław (Postawy, woj. Wileńskie), Karuzin Jerzy (Wołożyn, woj. Nowogr.), Łyczkowski Michał (Nieśwież, woj. Nowogr.), Lasota Józef (Szczuczyn, woj. Nowogródzkie), Petrusewiczowa Marja (Wilno), Załuska Stefanja (Wilno), Bernatowicz Bolesław (Święciany, woj. Wileńskie), Lewande Samuel (Wilno), Borowski Antoni (Wilno), Zarcyn Rachmiel (Lida, woj. Nowogródz.), Girszowicz Mojżesz (Wilno), Brodzki Michał (Wilno), Fekiecz Stanisław (Wilno), Margolis Samuel (Wilno), Szabad Cemach (Wilno), Trocki Fałk (Wilno), Efros Izaak (Słonim, woj. Nowogródz.).

W ciągu roku sprawozdawczego ze składu Rady ustąpili: Dr. Galinowski Aleksander i Dr. Pióro Jan, obaj z powodu wyjazdu z terenu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej. Wobec czego do Rady na członków weszli: Dr. Sedlis Eljasz i Dr. Maleszewski Wiktor.

Skład Zarządu Izby.

Zarząd Izby wybrany na posiedzeniu Rady w dniu 26.I 1930 r. ukonstytuował się w następujący sposób: Dr. Klott Leon Naczelnik Izby, Dr. Sopoćko Romuald i Globus Eljasz — zastępcy Naczelnika, Dr. Czarnecki Edward — Pisarz Izby, Dr. Bądzyński Wacław — Skarbnik, Dr. Kisiel Karol—zastępca Pisarza, Dr. Jabłonowski Władysław—zastępca Skarbnika, oraz Dr.Dr. Giecow Grzegorz i Maciulewicz Edmund — członkowie.

Komisje.

W roku sprawozdawczym skład Komisyj Izbowych był następujący:

1. **Biuro Pośrednicwa Pracy:** Dr. Jabłonowski Władysław—przewodniczący, Dr. Klemczyński Eugenjusz — vice-przewodniczący, Dr. Wysocki Wacław — sekretarz. Członkowie: Dr. Dr. Kisiel Karol, Moszyński Marjan, Sedlis Eljasz, Łukiewicz Kazimierz, Szniolis Bolesław, Minkiewicz Michał, Rudziński Henryk, Zawadzki Zygmunt, Umiastowski Witold, Obiezierski Marjan, Opoczyński Kazimierz, Żabko-Potapowicz Bolesław, Malinowski Feliks, Globus Eljasz. Zastępcy: Dr. Dr. Jabrow Iser, Szalewicz Władysław, Trzeciak Mieczysław, Łukowski Ludwik, Narkiewicz Adolf.

2. **Komisja Bytu:** Dr. Kisiel Karol—przewodniczący, Dr. Szalewicz Władysław—zastępca przewodniczącego, Dr. Garniewicz Stanisław—sekretarz, Dr. Gordon-Margolis Samuel — skarbnik. Członkowie: Dr. Dr. Błahuszewski Ludwik, Borysewicz Tomasz, Girszowicz Mojżesz, Lidzki Abram, Przysiecki Karol, Wirszubski Abram, Wrześniowski Henryk. Zastępcy: Dr.Dr. Kucharski Józef, Ginzburg Jankiel.

3. **Komisja Deontologiczna:** Dr. Giecow Grzegorz — przewodniczący, Dr. Opoczyński Kazimierz—vice-przewodn., Dr. Sułkowski Leon—sekretarz. Członkowie: Dr.Dr. Kapłan Aleksander, Odyniec Wacław, Szalewicz Władysław, Żebrowski Bronisław. Zastępcy: Dr.Dr. Błahuszewski Ludwik, Czarnecki Edward, Giedgowd Walery, Kisiel Karol, Lewande Samuel, Maciulewicz Edmund, Szapiro Kalman.

4. **Komisja Podatkowa:** Dr. Bądzyński Wacław—przewodniczący. Członkowie: Dr. Dr. Michejda Kornel, Jakowicki Władysław, Giecow Grzegorz, Globus Eljasz, Jabłonowski Władysław, Lewande Samuel, Świda Michał, Szniolis Bolesław.

5. **Komisja Zdrowia:** Dr. Czarnecki Edward — przewodniczący, Dr. Szniolis Bolesław—vice-przewodniczący, Dr. Kasperowicz

Feliks — Sekretarz. Członkowie: Dr. Dr. Brokowski Stefan, Gelman Gdala, Karaffa-Korbutt Kazimierz, Maleszewski Wiktor, Minkiewicz Michał, Rudziński Henryk, Safarewicz Aleksander, Przyałgowski Marjan, Narkiewicz Adolf, Sycianko Czesław. Zastępcy: Dr. Dr. Brodzki Michał, Bądzyński Wacław, Sopoćko Romuald.

6. **Komisja Wykonawcza Kasy Wzaj. Ubezp. na wypadek śmierci:** Dr. Globus Eljasz — przewodniczący, Dr. Łukowski Ludwik—zastępca prrzewodniczącego, Dr. Klukowski Jan—sekretarz, Dr. Łobza Władysław — zast. sekretarza, Dr. Bądzyński Wacław — skarbnik i Dr. Szadowski Rafał — zast. skarbnika.

7. **Komisja Regulaminowa:** Zarząd Izby in corpore i dokooptowani Dr. Dr. Sztolcman Gustaw, Safarewicz Aleksander i Rudziński Henryk.

8. **Komisja dla spraw Kasy Chorych:** Dr. Klott Leon — przewodniczący, członkowie: Dr. Dr. Łukiewicz Kazimierz, Pawłowski Kazimierz, Trzeciak Mieczysław, Szapiro Kalman, Brodzki Michał, Szalewicz Władysław, Narkiewicz Adolf, Szniolis Bolesław, Kisiel Karol.

W skład **Komisji Rewizyjnej** wchodzą: Członkowie: Dr. Dr. Bujalski Władysław, Brodzki Michał, Czyż Piotr, Siedlecki Marjan, Zawadzki Zygmunt, zastępcy: Dr. Dr. Kapłan Aleksander, Obiezierski Marjan, Prass Szulim, Rudziński Cezary, Trzeciak Mieczysław.

Liczba członków Izby.

W dn. 1 stycznia 1930 r. liczba członków Izby wynosiła 609 osób. W ciągu roku zmarło 11, (1,6%), opuściło teren Izby 46; razem ubyło 57; przybyło w ciągu roku 106 osób. W dn. 31 grudnia 1930 r. liczba członków wynosiła 658 osób, z tego w Wilnie 394, w powiatach woj. Wileńskiego 121 i w powiatach woj. Nowogródzkiego 143.

Przy wyborach do Rady głosowało 213 członków, co stanowi około 35% ogólnej liczby członków.

Organ Izby.

Urzędowym organem Izby jest Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, wychodzący w Wilnie. Pamiętnik jest jednocześnie organem Towarzystwa Lekarskiego Nowogródzkiego i organem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego.

W roku sprawozdawczym Zarząd Izby umieścił w Pamiętniku sprawozdanie z działalności Izby za rok 1929, Statut Kasy Wzaj. Ubezp. na wypadek śmierci, Regulamin Biura Pośr. Pracy, Regulamin

Kasy Zapomogowej dla Wdów i Sierót po lekarzach oraz szereg pomniejszych komunikatów.

Z dn. 1 lipca 1930 r. Zarząd Izby umieszcza swoje komunikaty w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich. Podano do druku: 1) Ostrzeżenie członków przed obejmowaniem posad płatnych na terenie m. Wilna bez zakwalifikowania przez Biuro Pośr. Pracy przy Izbie. 2) Wyciąg z protokułu Rady Izby z dn. 24.II. 1929, dotyczący terminu uiszczania zaległych opłat do Izby. 3) W sprawie przestrzegania przepisów przy wypisywaniu środków odurzających. 4) W sprawie konieczności rejestrowania przez lekarzy wolnopraktykujących chorób zawodowych.

Organizacje lekarskie na terenie Izby.

Naukowe: Wileńskie T-stwo Lekarskie oraz jego Sekcja Wojewódzka dla lekarzy prowincjonalnych, T-stwo Lekarskie woj. Nowogródzkiego, filje Towarzystw naukowych, jak T-stwo Internistów, polskich, T-wa Ginekologów, Pedjatrów, Dermatologów i wenerologów, T-stwo miłośników historji medycyny.

Zawodowo-społeczne: Stowarzyszenie Lekarzy Polaków w Wilnie i na prowincji, Związek Lekarzy Żydów w Wilnie, Zrzeszenie Lekarzy Kasy Chorych, Koło Wileńskie Lekarzy Kolejowych, Okręg Wileński Związku Lekarzy Państwa Polskiego, Towarzystwo Eugeniczne, Towarzystwo Przeciwgruźlicze, T-stwo Przeciwalkoholowe.

Działalność Rady Izby.

Rada Izby w roku sprawozdawczym odbyła jedno posiedzenie w dn. 20 stycznia 1930 r. Na tem posiedzeniu przyjęto sprawozdanie ustepującego Zarządu, uskuteczniono wybory Zarządu Izby, Komisji Rewizyjnej, Sądu Izby, wybrano delegatów do Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwalono przedłożony przez Zarząd Izby budżet na rok 1930 oraz przyjęto szereg wniosków ustępującego Zarządu.

Działalność Zarządu Izby.

Działalność Zarządu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej w okresie sprawozdawczym znalazła swój wyraz w dwóch głównie kierunkach: Z jednej strony to praca wyłącznie administracyjna, polegająca na załatwianiu wpływających do Izby spraw bieżących, spraw o różnorodnych odcieniach i charakterze co do swej treści, które tak dosadnie częstokroć odźwierciadlają życie i byt współczesnego lekarza, oraz z drugiej strony—praca o charakterze raczej prawno-teoretycznym, zmierzająca do normowania przejawów życia społeczno-lekarskiego w ramach formalno-prawnych.

Chcąc choćby fragmentarycznie zobrazować, co stanowi treść i istotę spraw, które, jako sprawy bieżące, napływają do kancelarji Izby, stwierdzić wypadnie, iż niema bodaj takiego przejawu życia lekarza, któryby nie znalazł odbicia w pismach przesyłanych, bądź przez samych członków Izby, bądź też przez osoby postronne, a szukające interwencji Izby w sprawach lub zatargach z lekarzami. W ten sposób w ciągu roku napływają setki podań, skarg, zażaleń, które należy w odpowiedni sposób potraktować, mając na względzie z jednej strony dobro członków, a z drugiej, nie pomniejszając prestige'u i godności instytucji.

W roku ubiegłym do kancelarji Izby wpłynęło 861 pism, wysłano 846, z czego nieraz kilkanaście, a nawet kilkaset pism pod jednym numerem; w dziale spraw poufnych wpłynęło 91 i wysłano 105 pism. Razem wpłynęło 952, wysłano 951.

Na 27-miu posiedzeniach Zarządu, odbytych w roku ubiegłym i szeregu posiedzeń Prezydjum, które się odbywały prawie co tydzień, Zarząd załatwiał sprawy bieżące, zajmował się sprawą repartycji kwot, przypadających na wdowy i sieroty po lekarzach, rozpatrywał i prowadził wstępne dochodzenia w szeregu skarg na członków Izby, wydawał swoje opinje o członkach instytucjom samorządowym i państwowym, załatwiał sprawy poufne, bronił interesów swych członków w komisjach podatkowych Izby Skarbowej, rozpatrywał liczne podania i udzielił ulg w opłatach izbowych, egzekwował należności od członków zalegających w opłatach, ułożył sprawozdanie z działalności Izby za okres ubiegły, opracował budżet na rok następny i t. d.

Oto zgodnie z zapisami protokularnemi sumaryczna działalność Zarządu z okresu ubiegłego, działalność, która nosi miano pracy administracyjnej.

W czerwcu ub. r. wobec wygaśnięcia umowy Izby z właścicielem lokalu przy ul. Mickiewicza 19 Zarząd Izby stanął wobec konieczności zmiany lokalu. Zachodziła ewentualność bądź wynajęcia części mieszkania, z prawem korzystania z mebli właściciela mieszkania, jak to było dotychczas, bądź wynajęcia całego mieszkania i umeblowania go kosztem Izby. Załatwienie sprawy w ten drugi sposób wymagało dość znacznego jednorazowego wysiłku finansowego ze strony Izby na umeblowanie, gdyż korzystanie z mebli właściciela mieszkania w ciągu pierwszych 3-ech lat istnienia Izby, czyniło zbędnem nabywanie przez nią własnego inwentarza.

Po rozważeniu wszechstronnem sprawy i przeprowadzeniu szczegółowych obliczeń, Zarząd zdecydował się wszakże na wynajęcie całego

mieszkania i zakupienie mebli na własność, dążąc w ten sposób do zdobycia choć skromnego, lecz własnego lokalu.

Wynajęto lokal przy ul. Mostowej Nr. 8, składający się z 4 pokoi i kuchni, za cenę 1.500 zł. rocznie (dawny lokal kosztował 3.200 zł. rocznie), odrestaurowano go i zakupiono meble kosztem około 4.000 zł.

Jednorazowy wydatek na meble był dość znaczną pozycją rozchodową w budżecie Izby zwłaszcza wobec jej skromnych funduszów, jednak na tej drodze Izba doszła do posiadania własnego, wygodnego lokalu i mebli, nie ponosząc żadnych strat, gdyż oszczędzając rokrocznie 700 zł. różnicę czynszu lokalowego płaconego poprzednio i obecnie, w ciągu niespełna 6 lat ten jednorazowy wydatek pokryje się całkowicie, poczem Izba będzie opłacała czynsz za lokal wyłącznie, nic nie płacąc za meble.

Inne zgoła oblicze posiada ta część czynności Zarządu, która dotyczy normowania prawno-społecznego trybu życia naszej organizacji. Praca ta, głównie komisyjna, nad zmianami i uzupełnianiem regulaminów oraz przystosowaniem ich do potrzeb i wymagań życia codziennego, stanowiła drugą część działalności Zarządu.

Pragnąc dać ogólną ocenę pracy w tym zakresie, stwierdzić wypadnie, że o ile Zarząd pierwszej kadencji cechowała przeważnie działalność o charakterze organizacyjnym, działalność, mająca na celu ustalenie podwalin instytucji oraz tworzenie pewnych form prawnych, któreby normowały życie społeczno-lekarskie na tym terenie, na którym organizacja samorządu lekarskiego była rzeczą nową, o tyle obecny Zarząd w pierwszym roku swej działalności miał za zadanie kontynuować tę pracę, kierując się już prawami pisanemi. Praca na pozór łatwiejsza, a jednak, jak już z góry należało przypuszczać, mimo nadzwyczajnej sumienności, z jaką poprzednicy nasi opracowali regulaminy dla komisyj izbowych, było rzeczą nie do pomyślenia prawie, aby autorzy mogli przewidzieć wszystkie możliwe sytuacje prawne i życiowe, które dałyby się ująć w formułki i rozdziały regulaminowe. To też, siłą rzeczy, przy realizowaniu i wprowadzaniu w życie regulaminów izbowych okazało się, że życie jest daleko wszechstronniejsze, niż to mógł przewidzieć najbardziej wyrobiony prawodawca. Powstały przy zastosowaniu regulaminów do potrzeb życia codziennego pewne niejasności, które należało możliwie rychło usunąć. Tu się zaczyna nowy etap pracy, jaki przebył Zarząd, w drodze przystosowania formułek pisanych do wymagań życia; ta część pracy znajduje swój wyraz w szeregu projektów nowelizacyjnych, które zostaną zgłoszone przez członków Zarządu przy sprawozdaniach z działalności poszczególnych komisyj.

Poza pracą nad zmianami w regulaminach komisyj, Zarządowi przypadło w udziale w roku bieżącym zająć się również nowelizacją ustaw o wykonywaniu praktyki lekarskiej i o ustroju Izb lekarskich z dnia 2.XII—1921 r. na skutek zalecenia Naczelnej Izby Lekarskiej. Prócz tego Izby Lekarskie, na wniosek Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, miały się wypowiedzieć w sprawie nowej ustawy o ubezpieczeniach społecznych.

Ponadto wpłynęły jeszcze do rozpatrzenia i przeprowadzenia ewentualnych poprawek sprawa umowy ramowej z lekarzami kasowymi oraz regulamin dla lekarzy naczelnych Kas Chorych.

Wszystkie sprawy powyższe, mające na celu bądź to nowelizacje już od pewnego czasu stosowanych ustaw, bądź też wypowiedzenie się co do nowych zamierzeń prawodawcy w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, wpłynęły na powzięcie decyzji przez Zarząd o powołaniu do życia dwóch nowych komisyj, któreby się wyłącznie temi sprawami zajęły; w ten sposób powstały w roku bieżącym Komisja Regulaminowa i Komisja do spraw Kas Chorych. Na posiedzeniach tych komisyj były rozpatrzone i dokładnie omówione odnośne zagadnienia, ujęte z punktu widzenia możliwie najbardziej fachowego, dzięki specjalnie przeprowadzonemu doborowi składu komisyj. Materjał opracowany przez komisję, przechodził następnie do zaaprobowania na plenum Zarządu. W ten sposób projekty i ustawy, zaopatrzone w uzasadnione uwagi, zostały przesłane do Naczelnej Izby Lekarskiej.

Z tego wynika, iż duża część pracy obecnego Zarządu, prócz pracy nad utrwaleniem podstaw instytucji, tak umiejętnie zainicjonowanej przez naszych poprzedników, posiada cechy pracy organizacyjno-prawnej, co zostało spowodowane już to koniecznością przystosowania istniejących regulaminów do przejawów życia samorządu lekarskiego na terenie naszej Izby, już to było wyrazem dążenia władz zwierzchnich, gdzie również niejako nakazem chwili stała się dążność do nowelizacji ustaw, które już przetrwały okres próby życiowej. Dalecy jesteśmy od myśli, iż praca nad zmianami regulaminów już jest ukończona, przeciwnie, wymaga ona jeszcze dalszych wysiłków.

Taki jestw o gólnych zarysach bilans dążeń Zarządu w okresie sprawozdawczym. Jak widać, praca w wielu zakresach została rozpoczęta i przy wydatnej pomocy ogółu członków będzie prowadzona nadal.

Jak dotąd, dobro instytucji i obrona godności lekarskiej, będą główną wytyczną wszelkich poczynań Zarządu.

Sekretarz Izby — Naczelnik Izby

(—) *Dr. E. Czarnecki.* — (—) *Dr. L. Klott.*

Sprawozdanie z działalności Sądu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej w roku 1930.

Rada Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej na posiedzeniu w dn. 26.I 1930 r. dokonała wyboru sędziów i zastępców na bieżącą kadencję.

Członkami Sądu zostali wybrani: Dr. Dr. Bohuszewicz Józefat, Kisiel Karol, Kozubowski Stefan, Pióro Jan, Szniolis Bolesław, Jakowicki Władysław, Malinowski Władysław, Safarewicz Aleksander, Świeżyński Florjan, Jabłonowski Władysław, Kondrat Mikołaj, Maleszewski Wiktor, Malkiewicz Jan, Klemczyński Eugenjusz, Pawłowski Kazimierz, Gierszun Grzegorz, Szabad Cemach, Zarcyn Rachmiel, Giecow Grzegorz i Kowarski Herc.

Na zastępców: Dr. Dr. Kucharski Józef, Wąsowski Tadeusz, Hanusowicz Bolesław, Wasilewska-Świdowa Zofja, Wysocki Wacław, Błahuszewski Ludwik, Korolko Stefan, Miller Miron, Skwirski Józef, Girszowicz Mojżesz, Kieziewicz Dymitr, Sedlis Eljasz, Szumieliski Wulf, Jelec Józef, Lewande Samuel, Jakubowski Zygmunt, Bądzyński Wacław, Falkowski Adolf, Odyniec Wacław i Waszkiewicz Antoni.

W dn. 9 lutego 1930 r. odbyło się organizacyjne posiedzenie Sądu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej. Przewodniczył zastępca Naczelnika Dr. Sopoćko R., protokułował — Dr. Pawłowski K.

Przewodniczącym Sądu został wybrany Dr. Bohuszewicz Józefat, zastępcami Przewodniczącego Dr. Dr. Giecow Grzegorz, Kozubowski Stefan i Świeżyński Florjan. Pisarzem Generalnym wybrano D-ra Pawłowskiego Kazimierza, zastępcą D-ra Pióro Jana.

Zespoły sądzące ukonstytuowały się w sposób następujący:

I Zespół: Przewodniczący — Dr. Świeżyński Florjan, członkowie: Dr. Dr. Szniolis Bolesław, Klemczyński Eugenjusz, Kisiel Karol, Szabad Cemach, Kucharski Józef. Zastępcy: Dr. Dr. Wąsowski Tadeusz, Hanusowicz Bolesław, Sedlis Eljasz, Wysocki Wacław, Lewande Samuel, Bądzyński Wacław i Odyniec Wacław.

II Zespół: Przewodniczący Dr. Giecow Grzegorz, członkowie: Dr. Dr. Safarewicz Aleksander, Jabłonowski Władysław, Gierszun Grzegorz, Jakowicki Władysław, Kowarski Herc. Zastępcy: Dr. Dr. Girszowicz Mojżesz, Wasilewska-Świdowa Zofja, Szumieliski Wulf, Błahuszewski Ludwik, Jakubowski Zygmunt, Falkowski Adolf i Waszkiewicz Antoni.

III Zespół: Przewodniczący—Dr. Kozubowski Stefan, członkowie: Dr. Dr. Malinowski Władysław, Kondrat Mikołaj, Malkiewicz Jan, Zarcyn Rachmiel. Zastępcy: Dr. Dr. Korolko Stefan, Miller Miron, Skwirski Józef, Kieziewicz Dymitr i Jelec Józef.

W ciągu roku sprawozdawczego zaszły następujęce zmiany personalne w składzie Sądu: członek Sądu—Dr. Safarewicz Aleksander

ustąpił ze względu na wybór do Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, Dr. Maleszewski Wiktor zrzekł się mandatu do Sądu na podstawie § 100 pkt. b. Regulaminu.

Dr. Pióro Jan ustąpił ze składu Sądu z powodu opuszczenia terenu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej. Dr. Malkiewicz Jan zrzekł się mandatu do Sądu na podstawie § 100 pkt. a. Zastępca dr. Falkowski Adolf ustąpił z powodu wyjazdu z terenu Wileńsko-Nowogr. Izby Lekarskiej.

Z powodu opuszczenia stanowiska zastępcy Pisarza Generalnego Sądu przez D-ra Pióro Jana, na wymienione stanowisko został wybrany Dr. Kucharski Józef.

W roku sprawozdawczym Prezydjum Sądu odbyło siedem posiedzeń, na których Przewodniczący poszczególnych Zespołów zdawali sprawozdanie z toku spraw w Zespołach, zaś Pisarz Generalny ze spraw, znajdujących się w plenum Sądu.

Sąd w pełnym składzie odbył cztery posiedzenia gospodarcze w dn. 9.II, 30.III, 27.IV i 22.VI oraz cztery rozprawy sądowe w dn. 30.III, 27.IV, 1.VI i 22.VI, z których jedna a mianowicie 27.IV z powodu braku quorum nie doszła do skutku.

I Zespół Sądu odbył siedem posiedzeń.
II „ „ „ trzy posiedzenia, w tem jedna rozprawa.
III „ „ „ trzy posiedzenia.

Z poprzedniej kadencji Sądu pozostało nierozstrzygniętych 5 spraw, z których 3 zostały w bieżącym roku rozpatrzone, jedna została umorzona, z powodu zgonu oskarżonego, oraz jedna znajduje się w toku.

W ciągu roku 1930 wpłynęło nowych spraw 9, z których 3 przeznaczono do sądzenia w pełnym składzie, 3 w Zespole I-szym, 1 w Zespole II-gim, jedna w Zespole III-cim, jedna zaś została wycofana przez Zarząd Izby.

Z wymienionych spraw w ciągu roku sprawozdawczego zostało ukończonych spraw 4, w śledztwie pozostaje 4, łącznie zaś z nierozstrzygniętą sprawą z poprzedniej kadencji pozostaje do załatwienia spraw pięć, z których 2 znajdują się w plenum Sądu, dwie w I Zespole i jedna w II Zespole.

Budżet Sądu.

Wydatki kancelaryjne pokrył Zarząd Izby w naturze, na opłacenie djet otrzymano z Zarządu Izby Lekarskiej . . . zł. 1632 gr. 60
Wypłacono djet . . . . zł. 1632 gr. 60

Pisarz Generalny Sądu
(—) *Dr. K. Pawłowski.*

Przewodniczący Sądu
(—) *Dr. J. Bohuszewicz.*

SPRAWOZDANIE
PRZYCHÓD. Wileńsko-Nowogródzkiej

1. Pozostałość na 1 stycznia 1930 r.		Zł. 7.805.15
2. Wpisowe od 80 czł.		„ 800,—
3. Składki członkowskie		22.066,50
4. Zwrot kosztów administrac. z K. W. U. za 1930 r.		„ 1.428,75
5. Zwrot kosztów sądowych		
a) na poczet grzywny sąd. Dr. Skarbek Telszewski	Zł. 144,—	
b) Dr. J. Podwiński	„ 130,30	
c) Dr. H. Fejgus	„ 286,90	Zł. 561,20
6. Przelano z K. W. U. do kasy Zapom. dla Wdów i Sierot po Lek.	Zł. 3.280,61	
7. Ofiara Pana D-ra Klotta na Wdowy i Sieroty po Lek.	„ 421,13	
8. Przelano do K. W. U. nadmiar sumy wpłac. przez D-ra Z. Domańskiego	„ 8,—	
9. Ofiara D-ra Z. Tyszkówny na Wdowy i Sieroty po Lekarzach	„ 239,60	
10. Za otrzymaną przez Biuro Pośr. Pr. przy W. N. I. L. posadę Dr. F. Ejzenberg	„ 10,—	
11. Grzywna sądowa na Wdowy i Sier. (Dr. H. Fejgus)	„ 400,—	Zł. 4.359,34
12. Kaucja przy skardze odwoławczej do Naczelnej Izby Lek. złożona przez D-ra K. Kosińskiego		Zł. 200,—
13. Sumy przechodnie		„ 48,—
14. Składki bież. do K. W. U. omyłk. wpłac. na konto P. K. O. Izby		„ 268,—
		Zł. 37.536,94

KASOWE

Izby Lekarskiej za 1930 rok. **ROZCHÓD.**

Wydatki personalne:			
1. Kancelistki	Zł.	7.682,78	
2. Porady prawne	„	600,—	
3. Woźna	„	1.350,—	
4. Posłańcy	„	67,10	Zł. 9.699,88
Wydatki kancelaryjne:			
1. Materjały piśmienne i druki	Zł.	1.859,40	
2. Prenumerata pism	„	125,75	
3. Ogłoszenia i nekrologi	„	697,—	
4. Poczta i telegraf	„	953,80	Zł. 3.635,95
Podatki:			
1. Podatek do K. Ch.	Zł.	621,20	
2. Podatek dochodowy	„	50,04	
3. Podatek do P. Z. Ub. Pr. Um.	„	430,80	
4. Podatek od lokalu	„	26,60	Zł. 1.128,64
Lokal:			
1. Komorne	Zł.	2.238,60	
2. Opał	„	340,—	
3. Światło	„	198,—	
4. Telefon	„	520,—	
5. Porządek	„	168,70	Zł. 3 465,99
Inwentarz:			
1. Meble	Zł.	2.587,—	
2. Remont	„	590,80	
3. Inwestycje	„	1.809,20	Zł. 4.987,—
Różne.			
1. Djety i przejazdy członków Zarządu i Rady Izby	Zł.	1.057,65	
2. Djety i przejazdy członk. Sądu Izby	„	1.632,60	
3. Wydatki reprezentacyjne	„	407,78	
4. Subwenc. „Pamiętn. Lek."	„	1.000,00	
5. Nieprzewidziane	„	232,40	
6. Składki do Nacz. Izby za 3-ch del.	„	2.700,—	
7. Zapomogi dla Wdów i Sierot po Lek.	„	4.665,—	Zł 11.695,43
1. Zwrot mylnie wpłac. na konto P.K.O. Izby skł. bież. do K. W. U.			Zł. 268,—
2. Sumy przechodnie			„ 48,—
3. Pożyczka zwrotna p. Gradosielskiej (wdowy po lekarzu)			„ 150,—
			Zł. 35.078,89
Pozostałość na 1/I—1931 r.			„ 2.458,05
			Zł. 37.536,94

Stan Kasy Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej na dzień 1 stycznia 1931 roku.

1.	W kasie gotówką	496 zł. 98 gr.
2.	W P. K. O. wyc. 231	461 zł. 07 gr.
3.	Na książeczce oszczędn.	1.500 zł. — gr.
		2.458 zł. 05 gr.

Pozostałość na 1/I—1930 r.	Zł. 7.805,15	
Przychód w 1930 r.	„ 29.731,79	
	Zł. 37.536,94	37.536,94
Rozchód w 1931 r.		35.078,89
		2.458,05

Skarbnik Izby
(—) *Dr. W. Bądzyński.*

Sprawozdanie Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci przy Wileńsko-Nowogródzkiej Izbie Lekarskiej za rok 1930.

W ciągu roku 1930 zmarło 11 członków K. W. U:

1. Dr. Szapiro Jakób, lat 56 zmarł dn. 5.III.30 r. w Zdzięciole, woj. Nowogródzkiego (udar sercowy).

2. Dr. Regensburg Józef, lat 56 zm. dn. 21.V. 30 r. w Wilnie (tbc. miliaris).

3. Dr. Węsławski Witold, lat 74 zm. dn. 27.V. 30 r. w Wilnie (niedomoga serca).

4. Dr. med. Trzebiński Stanisław, lat 69 zm. dn. 25.VI. 30 r. w Wilnie (angina pectoris).

5. Dr. Dembowski Tadeusz, lat 74 zm. dn. 10.VII.30 r. w Wilnie (zapalenie płuc).

6. Dr. Jodko Eugenjusz, lat 49 zm. dn. 18.VII.30 r. w Lidzie (rak dwunastnicy).

7. Dr. Kibort-Maksimowa Eugenja, lat 48 zm. dn. 2.VIII. 30 r. w Wilnie (rak żołądka).

8. Dr. Perska-Bloch Zenaida, lat 35 zm. dn. 10.IX 1930 r. w Jerozolimce pod Wilnem (endocarditis lenta).

9. Dr. Gorfejn Marek, lat 69 zm. dn. 22.XI.30 r. w Wilnie.

10. Dr. Ziemacki Franciszek, lat 75 zmarł dn. 18.XII. 1930 r. w Nieświeżu, woj. Nowogródzkiego (zwyrodnienie m. sercowego).

11. Dr. Śmigielski Adrjan, lat 70 zm. dn. 21.XII.30 r. w Szędzinie pow. Dziśnieńskiego (zwyrodnienie m. sercowego).

W dniu 1.I. 1931 r. K. W. U. liczyła członków 610,
" " " " " Izba " " 660,
członków zwolnionych od obowiązku należ. 39,
" którym odroczono składki 17.

Wypłacano spadkobiercom przeciętnie od 2.300 zł. do 2.500 zł. sum zapomogowych.

W r. 1930 wypłacono ogółem zapomóg w kwocie 24.288 zł. 75 gr.
Saldo na 1.I. 1931 r. : 17.272 zł. 16 gr.

Przewodniczący Komisji
Wykonawczej K. W. U.
(—) *Dr. E. Globus.*

Sprawozdanie

Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci przy

PRZYCHÓD.

1. Pozostałość na 1.I-30 r.		Zł. 18.241,57
2. Wpis	Zł. 1.030,—	
3. Składki bieżące	„ 26.624,05	
4. Kary za nieuiszcz. składki w terminie	„ 80,—	
5. Odsetki za 1929 r.	„ 259,01	
6. Składki Izbowe omyłkowo wpłacone na konto K. W. U.	„ 147,—	
7. Składki bieżące zwrócone z Izby .	„ 80,—	
8. Prowizja	„ 4,90	„ 28.414,96
9. Sumy przechodnie		„ 420,60
		Zł. 46.977,13

Kasowe

Wileńsko-Nowogródzkiej Izbie Lekarskiej za rok 1930.

ROZCHÓD.

1. Zapomogi pogrzebowe	Zł. 24.288,75	
2. Wydatki administracyjne (zwrot Izbie)	„ 1.428,75	
3. Należności manipulacyjne w P. K. O.	„ 99,26	
4. Zwrot Izbie składek omyłkowo wpłaconych na konto K. W. U.	„ 179,—	
5 Wpłacono Kasie Zapomog. dla Wdów i Sierot po lekarzach	„ 3.288,66	
6. Sumy przechodnie	„ 420,60	Zł. 29.704,97
Pozostałość na 1.I-31 r.		„ 17.272,16
		Zł. 46.977,13

Załącznik do sprawozdania kasowego Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na Wypadek Śmierci przy Wileńsko-Nowogródzkiej I. L. za rok 1930.

Stan Kasy K. W. U. przy Wil.-Now. I. L. na 1.I-1931 r.

W kasie	2.162 zł. 41 gr.	
W P. K. O. wyc. 195	1.109 zł. 75 gr.	
Na książ. oszczędn.	14.000 zł. — gr.	
	17.272 zł. 16 gr.	
Pozostałość na 1.I—1930 r.	18.241 zł. 57 gr.	
Przychód w 1930 roku	28.735 zł. 56 gr.	46 977 zł. 13 gr.
Rozchód w 1930 roku		29.704 zł. 97 gr.
		17.272 zł. 16 gr.

Skarbnik K. W. U.
(—) *Dr. W. Bądzyński.*

Sprawozdanie z działalności Biura Pośrednictwa Pracy przy Wileńsko-Nowogródzkiej Izbie Lekarskiej za rok 1930.

Stosownie do uchwały Izby Lekarskiej z d. 1 marca r. 1930 na terenie Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej powstało i rozpoczęło swe czynności Biuro Pośrednictwa Pracy, ograniczając swą działalność narazie tylko do miasta Wilna, aby przekonać się o celowości tej instytucji na terenie mniejszym i bardziej odpowiednim, mając jednakże na względzie w możliwie prędkim czasie wprowadzenie jego na całym terenie Izby. Otóż odrazu należy zaznaczyć, że o wprowadzeniu Regulaminu Biura Pośrednictwa Pracy na całym terenie Izby narazie nie może być mowy i prawdopodobnie nie będzie możliwe wprowadzenie jego nawet w bliskiej przyszłości, a to, jak pokazała praktyka, z tego względu, że posady na prowincji są tak mizernie płatne, że kandydatów na te posady trzeba poszukiwać,—zgłoszeń albo wcale niema, albo są zgłoszenia pojedyńcze. Chociaż Biuro Pośrednictwa pracy ograniczyło swoją czynność do miasta Wilna, jednakże nie usuwało się od pośrednictwa przy obsadzaniu posad na prowincji, jednakże za cały czas przy dosyć licznych zgłoszeniach o wolnych posadach ze strony Kas Chorych, samorządów, kolejnictwa—Biuro Pośrednictwa Pracy wydało opinję o dwóch kandydatach: na stanowisko pedjatry w Kasie Chorych w Lidzie i na stanowisko Naczelnego Lekarza Kasy Chorych w Nowogródku (jedyny kandydat bez dostatecznych kwalifikacyj.

Co zaś do posad na terenie miasta Wilna, to prawie wszystkie posady zostały obsadzone przy udziale Biura Pośrednictwa Pracy. Wciągu roku Biuro zakwalifikowało kandydatów na 25 posad; w tej liczbie w Kasie Chorych 9 posad, w Magistracie—5, w wojskowości—2, reszta w rozmaitych instytucjach społecznych. Prawie wszystkie instytucje i urzędy zwracały się do Izby ze zgłoszeniami o wolnych posadach i obsadzały je z pośród kandydatów przesłanych przez Biuro. Jedynie w szkolnictwie były przypadki obsadzenia posad bez zgłoszenia się do Biura, co wywołało pewien konflikt między Izbą i odpowiedniemi władzami. Był również jeden przypadek, kiedy pracodawca nie chciał się zgodzić na żadnego z kandydatów, zakwalifikowanych przez Biuro. W przypadku tym, który wywołał ostry konflikt między Biurem i instytucją, która nie chciała zgodzić się z opinją Biura, Izba nie chcąc doprowadzić konfliktu do ostateczności, postanowiła ustąpić, a to głównie z tego względu, że przy stosowaniu regulaminu

przez Biuro Pośrednictwa Pracy powstały pośród członków Biura rozbieżności co do znaczenia niektórych ustępów Regulaminu. Chodziło mianowicie o punkt X, który głosi: „Po upływie terminu prekluzyjnego dla danego konkursu oddziały rozpatrują złożone przez kandydatów oferty i dokumenty, poczem ustalają kwalifikacje etyczne, fachowe i materjalne kandydatów. Nazwiska kandydatów co do których niema zastrzeżeń pod względem etycznym, fachowym i materjalnym, przesłane zostają pisemnie przez Zarząd Izby stronie poszukującej lekarza". Z tego wynikałoby, że nazwiska tych kandydatów, co do których są zastrzeżenia pod względem materjalnym, to znaczy, że są dostatecznie zabezpieczeni lub mają już posady, nie powinny być umieszczane na liście; jednakże były zdania, że względy materjalne nie mogą dyskwalifikować kandydata i nazwisko jego, o ile jego etyczne i fachowe kwalifikacje są wystarczające, winno być umieszczone na liście kandydatów. Trzeba zaznaczyć, że wśród twórców Regulaminu ta sprawa nie została wyraźnie rozstrzygniętą, ponieważ w dodatkowej uchwale co do sposobu głosowania wbrew brzmieniu p. X, sprawa została ujęta w ten ostatni sposób. Wobec powyższego i wobec tego, że przy stosowaniu Regulaminu wyłoniły się i inne, chociaż nie tak istotne, nieścisłości, Zarząd powołał Komisję do opracowania poprawek do Regulaminu w celu przedłożenia ich Radzie do zatwierdzenia.

Przewodniczący Biura Pośr. Pracy
(—) *Dr. W. Jabłonowski.*

Sprawozdanie z działalności „Komisji Bytu" przy Wileńsko-Nowogródzkiej Izbie Lekarskiej za 1930 r.

W roku 1930 personalny skład Komisji został ten sam, co i w latach 1928—1929, z wyjątkiem przewodniczącego, którym został członek Zarządu Izby Lekarskiej Dr. Kisiel, członkami Komisji Bytu pozostawali: Dr. Szalewicz (vice-przewodniczący), Dr. Margolis (skarbnik), Dr. Garniewicz (sekretarz), Dr. Dr.: Błahuszewski, Girszowicz, Koiszewski, Lidzki, Przysiecki, Wirszubski i Wrześniowski.

Na początku roku Dr. Koiszewski wyjechał z Wilna i Związek Lekarzy Kolejowych w zastępstwie wyznaczył Dr. Żebrowskiego, a gdy ten ostatni nie uczęszczał na posiedzenia Komisji Bytu, wyznaczył D-ra Borysewicza. W myśl uchwały Zarządu i Rady Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej z dnia 26-go stycznia 1930 r. p. 3, powyższy skład Komisji urzędował przez cały 1930 rok dla zachowania ciągłości pracy Komisji.

W ciągu roku sprawozdawczego Komisja Bytu odbyła 8 posiedzeń, a jej podkomisja, to zn. Sekcja Statystyczna do opracowania kart rejestracyjnych bytu lekarzy—kilka osobnych posiedzeń. Powyższa Sekcja składa się z 4-ch członków Komisji Bytu. Tu należy podkreślić pożałowania godną opieszałość wielu kolegów, którzy jeszcze dotychczas nie nadesłali swych kart rejestracyjnych, wobec czego Sekcja Statystyczna nie mogła dotychczas zakończyć pracy.

Na posiedzeniach Komisji Bytu rozpatrzono przeszło 140 podań lekarzy z prośbą o umorzenie, prolongaty, rozłożenie na raty i składek członkowskich do Izby Lekarskiej i do Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń. Oprócz tego, Komisja Bytu rozpatrzyła dużą ilość podań o zapomogi dla wdów i sierot po lekarzach. Niektóre wdowy i sieroty otrzymywały stałą miesięczną zapomogę w ciągu całego 1930 roku, niektóre w ciągu kilku miesięcy, innym znowuż udzielono zapomóg jednorazowych.

W roku 1930 Kasa Zapomogowa dla wdów i sierot po lekarzach przy Wileńsko-Nowogródzkiej Izbie Lekarskiej została wydatnie zasilona przez dwie ofiary — mianowicie p. Naczelnik Izby Dr. Klott L. ofiarował na rzecz Kasy 421 zł. 13 gr. i p. Dr. Z. Tyszkówna — 239 zł. 60 gr.

Komisja Bytu zwraca się do Rady Izby z prośbą o wyrażenie najserdeczniejszego podziękowania p. Naczelnikowi Izby Dr. L. Klottowi i p. Dr. Z. Tyszkównie za tak hojne ofiary, które dały możność

ulżyć ciężkiej doli niejednej wdowy i sieroty po naszych zmarłych kolegach.

Szczegółowe sprawozdanie kasowe Kasy zapomogowej dla wdów i sierot po lekarzach załącza się przy niniejszem, przyczem Komisja Bytu prosi Radę Izby, żeby wzorem ubiegłego roku zechciała uchwalić, aby kwota pozostała z sum W-wa Nowogródzkiego, została przelana na W-wo Wileńskie, gdyż ono ma więcej wdów i sierot, potrzebujących zapomóg, niż W-wo Nowogródzkie.

Przewodniczący Komisji Bytu
(—) *Dr. K. Kisiel.*

SPRAWOZDANIE
Kasy Zapomogowej dla Wdów i Sierot po Lekarzach przy

PRZYCHÓD.

Z Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń	3280 zł.	61 gr.	
Z Izby Lekarskiej (w/g sprawozdania za r. 1930)	1864 „	23 „	
Ofiara D-ra Klotta	421 „	13 „	
„ „ Tyszkówny	239 „	60 „	
„ „ Siedleckiego	25 „	— „	
„ „ Sztolcmana	10 „	— „	
„ „ Domańskiego	8 „	— „	
„ „ Skarbek-Telszewskiego	4 „	60 „	
Ofiara Zrzeszenia Lekarzy Kasowych ku czci b.p. D-ra M. Gorfejna	50 „	— „	
Kara sądowa D-ra Fejgusa	400 „	— „	
Z Biura Pośrednictwa Pracy	112 „	— „	
Kary za nieprzybycia i opóźnienia na posiedzenia	90 „	10 „	
Za cenniki opłat	8 „	— „	
Razem....	6513 zł.	27 gr.	
10% na kapitał zapasowy	651 zł.	32 gr.	
5% „ „ administracyjny	325 zł.	66 gr.	
Razem....	976 zł.	98 gr.	

6513 zł. 27 gr.	5536 zł. 29 gr.	5494 zł. 50 gr.
—976 zł. 98 gr. deficyt za r. 1929	—41 zł. 79 gr. do Warszawy	—300 zł. — gr.
5536 zł. 29 gr.	5494 zł. 50 gr.	5194 zł. 50 gr.

do podziału —5194 zł. 50 gr.

80% woj. Wileńskie	4155 zł.	60 gr.
20% „ Nowogródzkie	1038 zł.	90 gr.
Razem....	5194 zł.	50 gr.

KASOWE
Wileńsko - Nowogródzkiej Izbie Lekarskiej za rok 1930.

ROZCHÓD.

Woj. Wileńskie do podziału	4155 zł. 60 gr.
Wypłacono	3865 zł. — gr.
Pozostałość na 1.I 1931 r. . . .	290 zł. 60 gr.
Woj. Nowogródzkie do podziału	1038 zł. 90 gr.
Wypłacono	500 zł. — gr.
Pozostałość na 1.I 1931 r. . . .	538 zł. 90 gr.

Stan kasy na 1 stycznia 1931 r.

Kapitał zapasowy za r. 1928	120 zł. — gr.
" " " " 1929	208 zł. — gr.
" " " " 1930	651 zł. — gr.
Razem	980 zł. 12 gr.
Pozostałość woj. Wileńskiego	290 zł. 60 gr.
" " Nowogródzkiego	538 zł. 90 gr.
Razem	829 zł. 50 gr.
	980 zł. 12 gr.
W kasie na 1.I 1931 r. . . . . +	829 zł. 50 gr.
	1809 zł. 63 gr.

Przewodniczący Komisji Bytu

(—) *Dr. K. Kisiel.*

Sprawozdanie Komisji Zdrowia Wileńsko-Nowogr. Izby Lekarskiej za rok 1930.

W roku ubiegłym Komisja Zdrowia pracowała w następującym składzie:

Przewodniczący Dr. E. Czarnecki, docent U. S. B.

Vice-Przewodniczący Dr. B. Szniolis, Naczelny lekarz Kasy Chorych.

Sekretarz Dr. F. Kasperowicz.

Członkowie: Prof. Dr. Kazimierz Karaffa-Korbutt — przedstawiciel Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Dr. W. Maleszewski — przedstawiciel Stowarzyszenia Lekarzy Polaków.

Dr. M. Minkiewicz — przedstawiciel Magistratu m. Wilna.

Dr. M. Przyałgowski — przedstawiciel Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia.

Dr. Cz. Sycianko — przedstawiciel Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych.

Dr. G. Gelman — przedstawiciel Związku Lekarzy Żydów.

Członkowie stali: Dr. A. Safarewicz — docent Higjeny U. S. B.

Dr. H. Rudziński — Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia.

Dr. A. Narkiewicz — przedstawiciel Związku Lekarzy Kasy Chorych.

Zastępcy członków: Dr. R. Sopoćko — przedstawiciel Nowogródzkiego Towarzystwa Lekarskiego.

Dr. W. Bądzyński — przedstawiciel Stowarzyszenia Lekarzy Polaków.

Dr. M. Brodzki — przedstawiciel Związku Lekarzy Żydów.

W ubiegłym roku sprawozdawczym Komisja Zdrowia na 3 posiedzeniach rozpatrywała kilka zagadnień zdrowotnych o charakterze społecznym. Przedewszystkiem Komisja Zdrowia szczegółowo rozpatrzyła sprawę okólnika Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej Nr. 638 o t. zw. lekarzach domowych Kas Chorych. Ponieważ okólnik ten miał na celu zupełne zreformowanie dotychczasowego trybu udzielenia pomocy lekarskiej w Kasach Chorych, zmieniając strukturę samych Kas, przeto Komisja Zdrowia sprawie tej udzieliła wiele czasu i uwagi, rozpatrując wszechstronnie całość zagadnienia. W toku omawiania instytucji lekarzy domowych zarysowało się kilka zdań, które

podnosiły, że sam projekt lekarzy domowych godzi przedewszystkiem w zasadę wolnego wyboru lekarza, która powinna dominować w pomocy lekarskiej, udzielanej przez Kasę Chorych.

Drugim punktem, przemawiającym przeciw instytucji lekarzy domowych, była sprawa braku dostatecznej ilości lekarzy, posiadających kwalifikacje trzech specjalności (interna, położnictwo, pedjatrja), z równoczesną znajomością medycyny zapobiegawczej.

Porównywując dane dotychczasowej frekwencji chorych w Kasach, Komisja przyszła do wniosku, że praca lekarzy domowych przy obecnym stosunku chorych (2116 chorych na 1 lekarza) wymagałaby przyjęcia ambulatoryjnego w ilości 22 chorych dziennie; jeżeli się do tego doda odwiedzanie obłożnie chorych, to praca dzienna lekarza domowego trwałaby conajmniej 7 godzin. Koszty zaś realizacji projektu lekarzy domowych przekraczałyby dotychczasowy koszt pomocy lekarskiej w Kasie przypuszczalnie o 22,750 zł. miesięcznie.

Przyjmując pod uwagę, że pomimo lekarzy domowych należałoby utrzymywać w dalszym ciągu specjalne ambulatorja, co jeszcze bardziej obciążałoby budżet Kasy Chorych, a stałe przydzielenie chorych z pewnego terenu nie sprzyjałoby pogłębieniu kwalifikacyj zawodowych lekarza, Komisja Zdrowia uważała projekt wprowadzenia lekarzy domowych za przedwczesny i mało poprawiający dotychczasowe wady pomocy lekarskiej w Kasach Chorych.

Drugą sprawą, której poświęcono wiele uwagi w Komisji Zdrowia, była sprawa organizacji szpitalnictwa w Polsce w związku z Ustawą Szpitalną. Jako materjał w tej sprawie posłużyło sprawozdanie jednego z kolegów obecnych na I zjeździe lekarzy szpitalnych. W dyskusji stwierdzono, że proponowana ustawa o szpitalnictwie posiada bardzo wiele braków i niedomówień; dlatego też Komisja Zdrowia wypowiedziała się w poruszonych kwestjach w następujący sposób: 1) W sprawie zachowania podziału miejsc szpitalnych w zależności od opłat, Komisja jednogłośnie wypowiedziała się za zniesieniem wszelkich klas w szpitalach, jak również wszelkich dodatkowych opłat w szpitalach publicznych na rzecz personelu lekarskiego, gdyż opłaty te z jednej strony wprowadzają niezadowolenie wśród chorych, z drugiej zaś godzą w podstawy etyki lekarskiej, gdyż czynią wprost niemożliwem jednakowe traktowanie osób, rozmaicie opłacających lekarza ordynującego, co pociąga za sobą obniżenie autorytetu i podkopuje zaufanie do stanu lekarskiego. 2) W sprawie specjalizacji i kwalifikacyj lekarzy szpitalnych, Komisja Zdrowia wypowiedziała się w ten sposób, że ustalenie kwalifikacyj i specjalizacji powinno się odbywać możliwie z udzia-

łem fachowych przedstawicieli organizacyj lekarskich, w celu wykluczenia przypadkowości i protekcjonalizmu. Przyjmując pod uwagę ogólny ciężki stan materjalny lekarzy i stosunkowo niskie wynagrodzenie lekarzy szpitalnych, Komisja Zdrowia stoi na stanowisku, że uzyskanie większych kwalifikacyj przez personel lekarski, zatrudniony w szpitalu, leży w interesie samej instytucji leczniczej, dlatego też specjalizowanie się powinne być szeroko subsydjowane przez odpowiednie władze, utrzymujące szpital, a sama specjalizacja nie może nosić charakteru dorywczego, ma się odbywać perjodycznie i ma być ujęta w pewien system. 3) Rozumiejąc, iż należyte załatwienie tych spraw nie może być przeprowadzone przez Departament Służby zdrowia dla braku odpowiedniej egzekutywy, Komisja Zdrowia jednogłośnie wypowiedziała się za poparciem wniosku 1-go Zjazdu Lekarzy Szpitalnych o wznowienie samodzielnego Ministerstwa Zdrowia Publicznego, jako instytucji jedynie powołanej do załatwiania spraw zdrowotnych kraju.

Komisja Zdrowia rozpatrywała także projekt ramowej umowy dla lekarzy kasowych projekt regulaminu dla lekarzy naczelnych, zaproponowane przez Państwowy Związek Kas Chorych. Po zasięgnięciu opinji Związku Lekarzy Kasowych w obu tych sprawach, Komisja Zdrowia zgłosiła do projektów szereg poprawek, mających na celu ochronę praw stanu lekarskiego i większe usamodzielnienie lekarzy od Zarządów Kas, rozszerzenie zakresu działania lekarzy naczelnych i większego uniezależnienia się ich od zarządu w sprawach czysto lekarskich, zagwarantowanie lekarzom, zatrudnionym w Kasach, ich praw, wprowadzenie czynnika kontroli społeczno-zawodowej w obsadzaniu posad w leczniczych instytucjach kasowych. Komisja uchyliła próbę narzucenia opinji o kwalifikacjach etycznych lekarzy przez organizacje stanowe, jako niezgodną z regulaminem Izb Lekarskich, których Sąd posiada jedynie ten przywilej.

Poza tem Komisja Zdrowia zabierała głos w sprawie ewentualnego skreślenia z lekospisu Polski heroiny lub zamiany jej na środek inny (pismo Dep. Sł. Zdr. M. S. W.); nie wypowiadając się kategorycznie w tej sprawie, Komisja, po zebraniu opinji profesorów klinicystów i prof. farmakologji, przesłała je do wiadomości Departamentu.

Poza tem Komisja Zdrowia, dążąc do popierania ruchu wydawniczego w zakresie medycyny, propagowała wśród swych członków i ogółu lekarzy wileńskich poczynania niektórych kolegów warszawskich, zamierzających wydawanie czasopisma lekarskiego dla lekarzy praktyków, wzywając kolegów z Wilna do możliwie szerokiego poparcia materjalnego.

Oprócz tego Komisja Zdrowia utrzymywała kontakt z kolumnami przeciwjagliczemi, pracującemi na terenie Wileńszczyzny, żywo interesując się wynikami ich akcji, jako wysoce pożytecznej, zmierzającej do poprawy stosunków zdrowotnych w naszem województwie.

Stosownie do uchwały posiedzenia Rady Izby Lekarskiej, Komisja Zdrowia zachowała w swym składzie w charakterze członków stałych Dr. *A. Safarewicza*, Dr. *H. Rudzińskiego* i Dr. *B. Szniolisa* i dokooptowała Dr. *F. Kasperowicza*.

Wobec tego, że większość członków Komisji Zdrowia, przeciążona pracą zawodową, nie mogła udzielać zbyt wiele czasu pracom Komisji, które nosiły dotychczas charakter zebrań dyskusyjnych, przeto nie przyjęła wybitniejszego udziału w pracach takich instytucyj społeczno-lekarskich, jak Polski Czerwony Krzyż, Wydział Zdrowia Magistratu m. Wilna. Ściślejszą współpracę z temi instytucjami Komisja Zdrowia ma zamiar urzeczywistnić w najbliższej przyszłości.

(—) *Dr. E. Czarnecki*
Przewodniczący Komisji Zdrowia.

Sprawozdanie z działalności Komisji Deontologicznej przy Wileńsko-Nowogr. Izbie Lekarskiej w roku 1930.

Komisja deontologiczna w składzie: Dr. Giecow — Przewodniczący, prof. Dr. K. Opoczyński — vice-Przewodniczący, Dr. Sułkowski Leon — Sekretarz, oraz Dr. Dr. Odyniec, Aleks. Kapłan, B. Żebrowski i W. Szalewicz jako członkowie, odbyła w roku sprawozdawczym 3 posiedzenia.

Tematem obrad pierwszych dwu posiedzeń była kwestja ogłoszeń lekarskich w prasie codziennej.

Pierwsze posiedzenie odbyło się 20 lutego 1930 r. Omówione zostały podania kilku lekarzy wenerologów, przesłane do Komisji przez Zarząd Izby Lekarskiej dotyczące ogłoszeń. Uchwalono prosić Zarząd Izby o zmianę § 18 Zasad deontologji, pozwalając lekarzom-wenerologom, na ogłoszenia w prasie codziennej nie częściej niż 10 razy na miesiąc.

Drugie posiedzenie odbyło się 10-go kwietnia 1930 r. Przyjęta została do wiadomości odpowiedź Zarządu Izby, co do uchwały na posiedzeniu w dn. 20.II rb., że zmiana paragrafu Zasad może nastąpić po uchwale Rady i decyzji Naczelnej Izby Lekarskiej. Dalej przedyskutowano memorandum przesłany przez Oddział Wileński Polskiego T-stwa Dermatologów. Uchwalono prosić Zarząd Izby o wydanie cza-

sowego zezwolenia lekarzom-wenerologom na wydrukowanie w prasie codziennej zbiorowego informatora w formie proponowanej przez Wileński Oddział P. T. D. z odrzuceniem wymienienia stanowiska służbowego lekarzy.

Na trzeciem posiedzeniu, które się odbyło w dn. 7.X. r. ub., między innemi sprawami była omówiona sprawa broszury D-ra M. Girszowicza p. t. „Tak żyć i odżywiać się potrzeba, aby zachować zdrowie". Uchwalono dla uniknięcia mogącego powstać podejrzenia o reklamowy charakter książki zwrócić się do D-ra Girszowicza z prośbą, by przy wydawaniu następnych broszur, zmienił zewnętrzną formę (bez wymieniania specjalności autora i zajmowanych przez niego posad).

Co do zmiany Zasad Deontologji uchwalono zwrócić się do Zarządu z prośbą o przedstawienie na najbliższe posiedzenie Rady wniosków Komisji co do I. § 18 zamiast 36 ogłoszeń w ciągu roku ustalić: jedno ogłoszenie tygodniowo (52 w roku). II. w § 19 po słowach „przy wejściu do domu", zamiast w którym lekarz mieszka ustalić „w którym lekarz ordynuje".

Przewodniczący Komisji
(—) *Dr. G. Giecow.*

Sprawozdanie Komisji Regulaminowej przy Wileńsko-Nowogródzkiej Izbie Lekarskiej za rok 1930.

W skład Komisji wchodzą: Naczelnik Izby, jako przewodniczący i jako członkowie — przewodniczący poszczególnych Komisji Zarządu Izby, Sądu oraz dokooptowany b. Naczelnik Izby Dr. Sztolcman i Naczelnik Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia Dr. Rudziński.

Komisja obradowała w zasadniczej sprawie nowelizacji Ustaw o zakresie działania Izb Lekarskich i o wykonywaniu praktyki lekarskiej. W celu opracowania tej doniosłej sprawy Komisja wyłoniła ze swego składu podkomisję, która szczegółowo rozpatrzyła nadesłany przez Naczelną Izbę projekt nowelizacji wymienionych Ustaw i wniosła szereg poprawek do tego projektu. W grudniu 1930 r. Naczelna Izba Lekarska zwołała w tej sprawie konferencję przedstawicieli terytorjalnych Izb, na której były szeroko omawiane poprawki do projektu Naczelnej Izby. Przedstawicielem naszej Izby na konferencji był p. Dr. Maciulewicz. Większość poprawek zaproponowanych przez naszą Izbę konferencja przyjęła.

Przewodniczący Komisji
(—) *Dr. L. Klott.*

Sprawozdanie Komisji do spraw Kasy Chorych przy Wileńsko-Nowogródzkiej Izbie Lekarskiej za rok 1930.

W skład Komisji wchodzą: Naczelnik Izby jako przewodniczący, Zarząd Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych m. Wilna in corpore i przedstawicielowie organizacyj zawodowych lekarskich w Wilnie.

Pod obrady Komisji weszła sprawa opracowania umowy ramowej dla lekarzy kasowych w całem Państwie, oraz nowej Ustawy Scaleniowej Ubezpieczeń społecznych. Komisja wyłoniła ze swego składu podkomisję, która opracowała wytyczne dla umowy ramowej z lekarzami kasowymi na podstawie nadesłanego projektu, opracowanego przez Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych w Polsce. Konferencja zwołana przez Naczelną Izbę w czerwcu 1930 roku w tej sprawie nie doszła do konkretnych wyników i uchwaliła zwołać drugą konferencję na jesieni, zalecając poszczególnym Izbom terytorjalnym przedstawić na tę konferencję opracowany projekt umowy ramowej wraz z regulaminem dla Komisji dyscyplinarnej, który stanowi integralną część umowy. Na konferencji tej reprezentowali naszą Izbę — Naczelnik Dr. L. Klott i z ramienia lekarzy kasowych Dr. Narkiewicz. Komisja kasowa naszej Izby, a właściwie wyłoniona przez nią podkomisja, opracowała projekt umowy ramowej i regulaminu Komisji dyscyplinarnej i przedłożyła przez Zarząd Izby ten projekt do Naczelnej Izby we wrześniu 1930 r. Przy opracowaniu projektu umowy Komisja napotkała zasadniczą przeszkodę a mianowicie brak osoby prawnej z ramienia lekarzy kasowych, któraby była uprawniona do zawarcia umowy, obowiązującej wszystkich lekarzy na terenie Izby. Obwód Wileński Związku Lekarzy Państwa Polskiego, który zasadniczo jest do tej roli powołany ograniczył się delegowaniem do Komisji swojego przedstawiciela, lekarza pozakasowego, a więc nie znającego spraw kasowych, nie przyjął w tej sprawie żywszego i konkretnego udziału, Województwo zaś Nowogródzkie takiego obwodu nie posiada. Wobec powyższego Komisja uchwaliła zalecić Zrzeszeniu Kasy Chorych m. Wilna zainicjować i zorganizować związek lekarzy Kasowych Województwa Wileńskiego i Nowogródzkiego, któryby występował przy zawarciu umowy, jako uprawniona organizacja z ramienia wszystkich lekarzy wymienionych Województw, względnie uzyskać od lekarzy poszczególnych Kas Chorych pełnomocnictwo do zawarcia i podpisania umowy.

Druga konferencja w Naczelnej Izbie w sprawie umowy ramowej została zwołana w grudniu 1930 r., przedstawicielem naszej Izby na konferencji był Dr. Maciulewicz. Lekarze Kasowi przedstawiciela swego nie wydelegowali. Na konferencji tej wszystkie zasadnicze punkty przedłożonego przez naszą Izbę projektu umowy zostały zaakceptowane.

W sprawie zaopinjowania i przedstawienia poprawek do Ustawy Ubezpieczeń Społecznych praca jest w toku.

Przewodniczący Komisji Dr. *L. Klott.*

PRELIMINARZ
PRZYCHÓD. Wileńsko - Nowogródzkiej

1. Wpisowe od 60 członków	Zł.	600,—
2. Składki członkowskie (625 czł.)	„	25.000,—
3. Odsetki od funduszów złożonych w P. K. O.	„	200,—
4. Zwrot kosztów administracyjnych z K. W. U.	„	1.500,—
5. Zwrot kosztów sądowych	„	700,—
	Zł.	28.000,—

BUDŻETOWY
Izby Lekarskiej na 1931 rok. **ROZCHÓD.**

I. Wydatki personalne:			
1. 3 kancelistki	Zł.	7.440,—	
2. Porady prawne	„	600,—	
3. Woźna	„	1.200,—	
4. Posłańcy	„	100,—	
5. Nieprzewidziane	„	440,—	Zł. 9.780,—
II. Wydatki kancelaryjne:			
1. Druki i materjały piśm.	Zł.	2.000,—	
2. Prenumerata pism	„	130,—	
3. Poczta	„	1.000,—	Zł. 3.130,—
III. Lokal:			
1. Komorne	Zł.	1.500,—	
2 Opał	„	500,—	
3. Światło	„	200,—	
4. Telefon	„	400,—	
5. Remont i porządek	„	600,—	
6. Inwestycja	„	200,—	Zł. 3.400,—
IV. Podatki:			
1. Składki do Kasy Chorych	Zł.	700,—	
2. Składki do Zakł. Ubezp. Pr. Umysł.	„	500,—	
3. Podatek dochodowy	„	70,—	
4. Podatek od lokali	„	200,—	Zł. 1.470,—
V. Różne:			
1. Składki za 3 delegatów do Nacz. Izby Lek.	Zł.	2.700,—	
2. Djety i przejazdy czł. Zarządu i Rady	„	1.000,—	
3. Djety i przejazdy czł. Sądu	„	1.500,—	
4. Subwencja „Pam. Wil. T. L."	„	500,—	
5. Wyrównanie za 1930 r. do Kasy Zap. dla Wd. i Sier.	„	1.520,—	
6. Na budowę pomnika niezn. żoł. sanit.		100,—	
7. Na kasę im. Mianowskiego	„	100,—	Zł. 7.420,—
VI. Kapitał rezerwowy (10% od wpływów), w tem:			
1. na wdowy i sieroty po lekarzach 7,5%	Zł.	2.100,—	
2. na wydatki reprezent. 2,5%	„	700,—	Zł. 2.800,—
			Zł. 28.000,—

Skarbnik Izby
(—) *Dr. W. Bądzyński.*

PROTOKÓŁ.

Komisja Rewizyjna Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej w dniu 29 stycznia 1931 roku w składzie Dr-ów Bujalskiego Władysława, Brodzkiego Michała, Czyża Piotra, Siedleckiego Marjana i Zawadzkiego Zygmunta sprawdziła dzienniki kasowe, kwitarjusze, przychodowo-rozchodowe, księgi składek członkowskich Izby Lekarskiej i Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci z odpowiedniemi dokumentami i znalazła, że wszystkie księgi prowadzone są prawidłowo.

Stan kasy Izby Lekarskiej na 1 stycznia 1931 roku wynosi w P.K.O. złotych czterysta sześćdziesiąt jeden, gr. 07, na książeczce oszczędnościowej jeden tysiąc pięćset złotych i w gotówce czterysta dziewięćdziesiąt sześć złotych 98 groszy, razem dwa tysiące czterysta pięćdziesiąt osiem złotych 05 groszy (2458.05 zł.).

W K. W. U. w P. K. O. jeden tysiąc sto dziewięć zł. 75 gr., na książeczce oszczędnościowej czternaście tysięcy złotych i w gotówce dwa tysiące sto sześćdziesiąt dwa złote 41 groszy, razem siedemnaście tysięcy dwieście siedemdziesiąt dwa złote 16 groszy (17272.16 zł.).

(—) Dr. *Z. Zawadzki*, (—) Dr. *P. Czyż*, (—) Dr. *M. Brodzki*, (—) Dr. *M. Siedlecki*, (—) Dr. *W. Bujalski*.

SPRAWOZDANIE

z działalności Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie za rok 1929/30.

W dniu 6-go grudnia 1930 r. odbyło się Walne doroczne Zebranie, które przyjęło sprawozdanie za rok 1930, udzieliło absolutorjum ustępującemu Zarządowi i dokonało wyboru władz na rok 1931.

Liczba członków na 1-go grudnia r. 1930 wynosiła 151.

W ciągu roku sprawozdawczego przybyło 14 członków, ubyło 12, w tem z powodu wyjazdu 7, z powodu nieopłacania składek skreślono 3, zmarło — 2.

Ogólnych zebrań odbyto — 4, nadzwyczajnych — 1.

Wygłoszono dwa odczyty: kol. dr. *H. Rudziński* „Sprawy sanitarne w Jugosławji i Czechosłowacji" oraz dr. *L. Rostkowski* „O działalności kolumny przeciwjagliczej P. C. K. na Wileńszczyźnie".

Stowarzyszenie przyjęło czynny udział w wyborach władz Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej. Sprawy wyborów oraz zagadnienia, dotyczące pracy społeczno-lekarskiej Izby Lekarskiej były omawiane na szeregu posiedzeń i wywoływały obszerne dyskusje. Na zebraniach ogólnych członkowie Zarządu Izby oraz poszczególnych Komisyi Izbowych informowali ogół lekarzy o pracach, podejmowanych przez Izbę. Dyskusje na te tematy nie pozostawały bez wpływu na przebieg prac Izby. W ten sposób był nawiązywany kontakt bezpośredni pomiędzy władzami Izby a ogółem kolegów.

Wobec zorganizowania przy Izbie Lekarskiej Biura Pośrednictwa Pracy biuro istniejące przy Stowarzyszeniu zostało zlikwidowane.

Na zebraniach były omawiane sprawy dotyczące warunków bytu, pracy lekarskiej i wszelkich zagadnień z życiem lekarskiem związanych; między innemi Statut Biura Pośrednictwa Pracy Izby Lekarskiej i zastosowanie jego w życiu, reorganizacja Kas Chorych, warunki pracy lekarskiej w Kasach Chorych w związku z projektowaną umową ramową, sprawy ogłoszeń lekarskich w prasie, w szczególności lekarzy dermatologów, sprawa ustąpienia ze stanowiska Naczelnego Lekarza Kasy Chorych d-ra *Klotta*, którego kandydatura na to stanowisko była wysunięta swego czasu przez Stowarzyszenie Lekarzy Polaków i Związek Lekarzy Żydów.

W składzie władz Stowarzyszenia zaszły następujące zmiany:

Dr. *Klott* wobec wyboru na Naczelnika Izby zrzekł się stanowiska Prezesa St-nia, które po 4 miesiącach na prośbę Zarządu i Rady objął ponownie. W międzyczasie na prośbę ogólnego zebrania obowiązki Prezesa pełnił członek Rady prof. *Opoczyński*.

Członek Rady Prof. Dr. *Opoczyński* został przewodniczącym Funduszu Zapomogowego St-nia.

Wice-Prezes: kol. Dr. *Klemczyński* został delegatem St-nia do Biura Pośrednictwa Pracy przy Izbie.

Na skutek zgody Izby Lekarskiej St-nie uzyskało własny lokal w tejże Izbie, gdzie ma prawo korzystania z adresu oraz prawo odbywania posiedzeń.

Sprawą aktualną pozostaje nadal omawiane od szeregu lat zorganizowanie towarzyskiego klubu lekarskiego na terenie m. Wilna.

Skład władz Stowarzyszenia na rok 1931 jest następujący:

Zarząd: Prezes Dr. *Leon Klott*, Sekretarz Dr. *R. Łuczyński*, członkowie: Dr. *Dobaczewski E.* — wice-prezes; Dr. *Bądzyński W.* — skarbnik; Dr. *Giedgowd W.* — gospodarz i Dr. *Klemczyński E.* — II sekretarz.

Zastępcy: D-rzy *Łobza*, *Trzeciak* i *Wysocki*.

Rada: kurator Kasy Zapomogowej prof. *Opoczyński*, Dr. *Safarewicz*, Dr. *Garniewicz*, Dr. *Bohuszewicz*, Dr. *Kisiel*.

Zastępcy: D-rzy: *Kucharski*, *Mahrburg*, *Maleszewski*, *Pawłowski* i *Świda*.

Delegaci do poszczególnych komisyj Izby Lekarskiej: *Bądzyński*, *Klemczyński*, *Szalewicz*, *Narkiewicz*, *Religjoni i Kasperowicz*.

Zastępcy: *Marynowski*, *Wrześniowski*, *Giedgowd*, *Świda*, *Maleszewski* i *Wasilewski*.

Sekretarz: (—) *Dr. R. Łuczyński*.

Prezes: (—) *Dr. L. Klott*.

Sprawozdanie roczne Związku Lekarzy-Żydów w Wilnie za rok 1930.

Zarząd ukonstytuował się w sposób następujący: Dr. E. Globus—prezes, Dr. Giecow i Dr. Sedlis—wice-prezesi, Dr. Szumeliski—skarbnik, Dr. Baranowski i Dr. Romanowski—sekretarze oraz Dr. Jabrow—bibljotekarz.

Przyjęty został przez Walne Zebranie regulamin Sądu Honorowego.

Stworzona została Komisja naukowa, która miała pobudzać członków Związku, szczególnie zaś młodszych kolegów do pracy naukowej.

W roku sprawozdawczym 1930 odbyło się 16 posiedzeń naukowych, na których wygłoszono 16 odczytów i przedstawiono 26 przypadków chorobowych.

Wykaz odczytów:

1. Dr. Gelman: Cahn-test w kile.
2. Dr. Girszowicz: Sprawozdanie ze Zjazdu Chorób żołądka i przemiany materji w Budapeszcie.
3. Dr. Globus: 150 przypadków grzybicy głowy, leczonych Thalium aceticum.
4. Dr. Goldman: Niedokrwistość złośliwa a powikłania ze strony układu nerwowego.
5. Dr. A. Kapłan: W sprawie przedziurawienia wrzodu żołądka.
6. Dr. A. Kapłan: W sprawie leczenia wrzodu żołądka sposobem Glesnera.
7. Dr. Kowarski: Działalność lecznicza oraz społeczna Szpitala dla dzieci Gminy Żydowskiej w Wilnie.

8. Dr. Kowarski: Gruźlica a rumień guzowaty.

9. Dr. Kowarski: Nowe ujęcie sprawy nerwowości i histerji u dzieci.

10. Dr. Lewande: Ważniejsze powikłania po paracentezie.

11. Dr. Lewande: Zapalenia opon mózgowych w ostrych zapaleniach ucha środkowego.

12. Prof. Puusepp (Estonja): Nowotwory mózgu wśród innych chorób układu nerwowego. Niektóre właściwości dyagnostyki oraz symptomatologji nowotworów mózgowych.

13. Dr. Szabad: Śmiertelność wśród żydów na gruźlicę i raka w latach 1911—1929.

14. Dr. Szabad: Stan zdrowia dzieci Szkół Powszechnych w Wilnie według sprawozdania D-ra Brokowskiego.

15. Prof. Strauss (Berlin): Postępy rozpoznawania i leczenia chorób nerek.

16. Dr. Wygodzki: Kwestja zwłok na Uniwersytetach Polskich.

Prezes Dr. *E. Globus.*
Sekretarz *L. Baranowski.*

Wykaz chorób zakaźnych w m. Wilnie za 1930 rok.

	Zgłoszono:	Zmarło:
Ospa wietrzna	116	—
Dur brzuszny	260	25
Dur plamisty	26	1
Płonica	928	32
Błonica	269	27
Odra	610	64
Krztusiec	359	12
Róża	219	16
Różyczka	5	—
Gruźlica	622	319
Jaglica	321	—
Tężec	3	2
Chor. Heine Medina	3	1
Świnka	6	—
Grypa	135	17
Czerwonka	5	2
Paratyfus	10	—
Wąglik	1	—
Drętwica karku	11	—
Razem:	3929	518

Lekarz Naczelny m. Wilna Dr. *M. Minkiewicz.*

Od Komitetu Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci Członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę otrzymujemy pismo następującej treści:

Komitet Budowy Pomnika postanowił zwrócić się do całej prasy polskiej, związanej ze Służbą Zdrowia, z prośbą o umieszczenie sprawozdania z działalności Komitetu wraz ze sprawozdaniem kasowem do końca 1930 r., gdyż tylko w ten sposób widzi możność zaznajomienia wszystkich członków Służby Zdrowia ze stanem dokonanych prac i kasowem Komitetu, jak również wyrazić wszystkim, którzy przyczynili się w dotychczasowej pracy Komitetu — czy to propagandą, zbiórką na Pomnik, czy ofiarami pienężnemi — serdeczne podziękowanie.

Prosząc jeszcze raz w imieniu Komitetu o umieszczenie załączonych sprawozdań,

Łączę wyrazy wysokiego szacunku

Sekretarz
Dr. W. Kaliciński
kapitan.

Dr J. Kołłątaj-Srzednicki
generał-brygady.

Dr. med. Wiktor Kaliciński. Sekretarz Komitetu Głów.

Sprawozdanie z działalności Komitetu Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci Członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę

za czas od 1927 do 1930 roku.

Komitet rozpoczął swą pracę z początkiem r. 1927, na podstawie odezwy, skierowanej przez Pana Szefa Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk., Generała Dr. St. Roupperta, do oficerów Korpusu Sanitarnego — w sprawie uczczenia pamięci wielkiej działalności i poświęcenia Sanitarjatu Polskiego w odzyskaniu bytu i Niepodległości naszej Rzeczypospolitej.

Zawiązał się Komitet tymczasowy, na czele którego stanął twórca idei budowy pomnika ówczesny Komendant Oficerskiej Szkoły Sanitarnej — Generał Dr. St. Hubicki; — Komitet ten przeprowadził wstępne prace nad powołaniem do życia wielkiego Komitetu, do którego weszli przedstawiciele wszystkich odłamów Służby Zdrowia wojskowej i cywilnej, jako też przedstawiciele Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniw. Warsz., Nacz. Izby Lek., Kas Chorych, Związków Lekarskich, Towarzystw Polskiego Czerwonego Krzyża i t. d. Komitet Główny na swem inauguracyjnem zebraniu jednomyślnie poparł myśl rzuconą przez Gen. Dr. Hubickiego — by pamięć i zasługi poległych kolegów uczcić, wznosząc

pomnik — któryby stanął w Stolicy Odrodzonej Ojczyzny. Komitet sądzi równocześnie, że myśl ta powinna doznać poparcia najgorętszego wśród stanu lekarskiego, farmaceutycznego i innych związanych ze Służbą Zdrowia.

Opracowano Statut, odezwę, jak również pierwsze drogi, któremi można było rozpropagować ideę budowy pomnika i uzyskać konieczne fundusze na budowę.

Zgodnie ze Statutem utworzono 11 Okręgowych Komitetów budowy — w miejscach siedzib Szefów Sanitarnych Okręgów Korpusów, — z Szefem Sanitarnym na czele, by w ten sposób uzyskać gotowy aparat administracyjny.

Komitetom Okręgowym oddano do dyspozycji odpowiednie druki i listy składkowe, by na podległym im terenie rozpoczęto zbiórkę koniecznych funduszów wśród wszystkich członków Służby Zdrowia. Komitet Główny zaś zwrócił się do art. rzeźb. laureata Akademji Paryskiej prof. E. Wittiga o wykonanie projektów Pomnika, które artysta przedstawił Komitetowi w kwietniu 1927 r. Wybrany projekt powiększony do 1/3 naturalnej wielkości, był wystawiony na P. W. K. w Poznaniu w Pałacu Sztuki. W czerwcu 1929 roku Komitet podpisał umowę z prof. Wittigiem na budowę według zaakceptowanego projektu i podanego kosztorysu pomnika, na posiedzeniu odbytem w kwietniu 1929 roku, w pracowni prof. Wittiga. Kosztorys ustalono na sumę 400.000 złotych, w czem roboty rzeźbiarskie 200.000 zł. — odlew w bronzie 80.000 do 100.000 zł., cokół w granicie 40.000 do 50.000 zł., pozostałą zaś sumę przewidziano na projekty, przystosowanie placu i inne.

Wysokość Pomnika—8 mtr., w tem cokół—3 mtr. 50 cnt., figury—4,50 mtr.

Wpływy kasowe: dla ułatwienia gospodarki kasowej Komitet otworzył swoje konto kasowe w P. K. O. Nr. 14.111, przez które przeprowadza wszelkie wpływy i rozchody.

Początkowo przeprowadzono zbiórkę tylko wśród wojskowych Członków Służby Zdrowia w postaci jednorazowego opodatkowania się członków lub 1/2% od poborów na pewien określony czas, lub też aż do wybudowania Pomnika; zaś po zorganizowaniu się Komitetów Okręgowych rozpoczęto i zbiórkę wśród cywilnych członków Służby Zdrowia na terenie danego Okręgu Komitetu, zapomocą list składkowych. Akcję tę poparło życzliwie kilka Izb Lekarskich, których zarządy ofiarowały jednorazowo większe kwoty. Żywotność Komitetów Okręgowych nie wszędzie okazała się jednakowa.

Na zebraną sumę 81,465 zł. 34 gr. złożyły się następujące ogólne:

Subwencja Min. Ośw. i W. R.	10,000.—
Cywilna Służba Zdrowia	26,362.75
Wojskowa Służba Zdrowia	45,125.39
%% P. K. O.	18.20

Kwota zebrana wśród cywilnej Sł. Zdrowia pochodzi ze składek z całego terenu Rzeczypospolitej zebranych przez Komitety Okr. i Depart. Sł. Zdrowia M. S. Zdrowia M. S. Wewn., Nacz. Wydz. Zdrowia przy Województwach i Lekarzy powiatowych, z wyjątkiem terenu Okr. Komit. w Łodzi i w Krakowie, gdzie prócz wojskowych składek cywilnych nie uzyskano.

Suma zaś składek wojskowych rozbita na poszczególne Okręgi przedstawia się następująco:

Centrum Wyszkolenia Sanitarn. (Szpit. Ujazd.) W-wa		18,371.58
Szefostwo Sanitarne:		
O. K. I. — Warszawa	. . . .	5,302.18
O. K. II. — Lublin	. . . .	2,816.67
O. K. III. — Grodno	. . . .	1,807.56
O. K IV. — Łódź	. . . .	678.—
O. K. V. — Kraków	. . . .	598.80
O. K. VI. — Lwów	. . . .	2,207.41
O. K. VII. — Poznań	. . . .	4,266.50
O. K. VIII.— Toruń	. . . .	2,026.99
O. K. IX. — Brześć n/B.	. . . .	2,025.84
O. K. X. — Przemyśl	. . . .	2,505.40
Marynarki Wojennej — W-wa	. . . . . .	200.80
Korp. Ochron. Pogranicza W-wa	. . . . .	1,245.26
Departament Zdrowia M. S. Wojsk. — Warszawa	.	1,072.16

Wykazaną subwencję z Min. Ośw. i W. R. Komitet otrzymał w r. 1930.

Przez niespełna więc cztery lata pracy Komitet budowy uzyskał przy słabej propagandzie budowy prawie 1/4 sumy koniecznej na ukończenie budowy pomnika. Obecnie Komitet zwrócił się z prośbą do Naczelnej Izby Lekarskiej o poparcie Komitetu — drogą apelu ze swego urzędu do wszystkich członków Izb Lekarskich, aby ich członkowie na terenie całej Rzeczypospolitej dobrowolnie opodatkowali się na rzecz budowy pomnika w wysokości 45 zł. płatnych w trzech ratach po 15 zł. rocznie, lub też po 1,25 miesięcznie; Komitet wychodzi bowiem z założenia, że tak niska kwota opodatkowania się, nikogo nadmiernie nie obciąży, a Pomnik stanie własnemi siłami całej Służby Zdrowia. Równocześnie przyrzekł pomoc Komitetowi w tej akcji przez swoich przedstawicieli, a członków Komitetu Głównego, Związek Lekarzy Państwa Polskiego i Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, którzy oprócz rozesłania do swoich członków list składkowych, celem jednorazowej zbiórki pieniężnej, zwrócili się z apelem o przeprowadzenie wśród członków stałego opodatkowania miesięcznego 1—3 złotych od poborów na rzecz budowy Pomnika przez przeciąg 2—3 lat.

Ta forma zbiórki drogą stałego opodatkowania się na zgóry określony czas jest najważniejszą dla Komitetu budowy, gdyż pozwala mu unormować przedewszystkiem wykonanie zobowiązań w czasie budowy, zaciągniętych wobec art.-rzeźbiarza prof. E. Wittiga, jak również umożliwi Komitetowi normalny tok pracy nad Pomnikiem. Drogą tej formy stałego podatku udało się wśród nielicznej przecież wojskowej Sł. Zdrowia uzyskać dość pokaźną sumę (45.125 zł. 39 gr.) na budowę pomnika. W takiej też formie Komitet otrzymuje wpływy od farmaceutów, którzy drogą podniesionej nieznacznie prenumeraty „Wiadomości Farmaceutycznych" opodatkowali się na budowę Pomnika do czasu jego ukończenia. Magister Herod, właściciel drukarni, ofiarował Komitetowi Bud. Pomnika wybicie wszelkich druków do 1000 złotych.

Stan robót rzeźbiarskich nad Pomnikiem posunięty jest już dość daleko. Obecnie jest na wykończeniu pierwsza faza budowy, to znaczy, Pomnik w glinie, w jego naturalnej wielkości. Aby umożliwić ogółowi Sł. Zdrowia zaznajamianie się ze stanem robót nad Pomnikiem, Komitet zwrócił się w grudniu 1930 roku

do wszystkich urzędów, instytucyj, związków, towarzystw, związanych ze Służbą Zdrowia, aby w czasie Zjazdów, czy też większych zebrań przewidzieli w swych programach godzinę na zwiedzenie pracowni prof. E. Wittiga (ul. Senatorska w oficynie gmachu Min. Rolnictwa). Ma to też i wielkie znaczenie propagandowe, gdyż każdy z członków Sł. Zdrowia, który raz zobaczy to wspaniałe dzieło sztuki, stanie się jego zwolennikiem i jaknajgorliwszym propagatorem, by jaknajszybciej stanęło na odpowiednim placu w Stolicy. Czas robót potrwa, jeśli wszyscy członkowie Sł. Zdrowia chętnie poprą starania Komitetu o uzyskanie koniecznych funduszów, najdalej 2 — 3 lat.

Jak wspomniano, Pomnik ku czci poległych członków Sł. Zdrowia stanie na otwartym placu Stolicy. Sprawę wybrania miejsca ustali powołana przez Komitet specjalna rada artystyczna, złożona z członków Komitetu, prof. E. Wittiga, delegata z Dep. Kultury i Sztuki Min. Ośw. i W. R., delegata m. st. W-wy, przedstawicieli ze sfer artystycznych.

Obecnie mówi się o dwóch placach, na którychby mógł pomnik stanąć, t. j. plac przy ulicy Jasnej i Zgody i plac Starynkiewicza.

Z powodu objęcia przez p. gen. D ra Hubickiego stanowiska Ministra Pracy i Op. Społ. i w związku z tem niemożności poświęcenia więcej czasu Komitetowi Budowy Pomnika, dnia 15 X.30, przewodnictwo Komitetu Głównego objął p. gen. Dr. Kołłątaj-Srzednicki, a p. Minister Hubicki pozostał wśród członków Komitetu Głównego.

Podając powyższy szkic pracy Komitetu, trzeba zaznaczyć, że Pomnik będzie dumą całego stanu Służby Zdrowia Rzeczypospolitej, a godność tego stanu wymaga, aby rozpoczęte wspaniałe dzieło sztuki i jedyny nasz wspólny wysiłek „Pomnik ku czci Poległych Członków Służby Zdrowia za Ojczyznę" stanął w Stolicy.

Więc apel: współpracujcie z Komitetem budowy przez propagowanie i opodatkowanie się na rzecz budowy Pomnika. — Konto nasze — P. K. O. Nr. 14-111.

Wszelkich informacji w sprawie Pomnika udziela sekretarz Komitetu codziennie w godz. 12 — 14; telefon 523-75 (W-wa — Szpital Ujazdowski).

Sprawozdanie kasowe Komitetu Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci Członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę, za czas od 1927 do 31.XII 1930 r.

Przychód.	
Wpływy do dnia: 31.XII 1928 r.	32,660,32
31.XII 1929 r.	24,250,85
31.XII 1930 r.	24,554,17
Razem	81,465,34
Rozchód.	
Zaliczki na budowę prof. E. Wittigowi	80,250,—
Koszta manipulacyjne w P. K. O. od 1927 — 1930 roku	101,17
Koszta administracyjne	1,068,20
Na koncie w P. K. O.	45,47
Razem	81,465,34

Przewodniczący Komitetu Głównego

Dr. J. Kołłątaj-Srzednicki

Generał brygady.

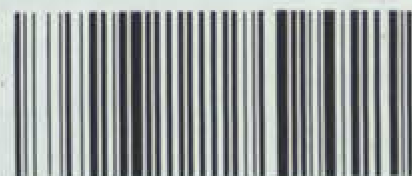
Sekretarz *Dr. W. Kaliciński.* Skarbnik *A. Wróblewski.*

Do zeszytu niniejszego „Pamiętnika" Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego dołącza się wkładkę

Lipojodiny

„Ciba"

Pabjanickiego Towarzystwa Akcyjnego Przemysłu Chemicznego.


B000000 1659 18 1